



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA

Departamento de Historia Medieval, Moderna y Contemporánea

Programa de Doctorado: Fundamentos de la Investigación Histórica

TESIS DOCTORAL

**EPIDEMIOLOGÍA HISTÓRICA EN VENEZUELA:
EL CASO DE LA MORTALIDAD EN VALLE DE LA PASCUA, 1845-1961**

AUTOR: José Lisandro Contreras Velásquez

DIRECTORA: María Pilar Brel Cachón

Salamanca, diciembre 2015

AGRADECIMIENTOS

A la profesora María Pilar Brel Cachón por su acertada orientación, buenos consejos y paciencia para conmigo durante la elaboración de esta tesis doctoral.

Al personal del Registro Civil del Distrito Infante con sede en Valle de la Pascua por su colaboración y cortesía en localizar los libros de defunción del período 1893-1961.

Al personal de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días por su colaboración y amabilidad en localizar los libros de entierros del período 1845-1900.

Al personal de la Academia Nacional de la Medicina por su amabilidad y colaboración en localizar y fotocopiar artículos publicados en la Gaceta Médica de Caracas y otras obras relacionadas con la historia médica y la salud pública de Venezuela.

Al personal de la Biblioteca Tulio Febres Cordero en Mérida, Estado Mérida, por proveer copias de un gran número de periódicos publicados en Valle de la Pascua y otras ciudades del Estado Guárico entre 1863 y 1935.

Al personal de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, Estado Mérida, por su colaboración en localizar los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital de Venezuela (1940-1961).

A mi cuñado Francisco José Ortega Rivero por la inmensa ayuda prestada en recabar datos tanto en el Registro Civil del Distrito Infante como en la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

A mi hermana María del Valle Contreras por procurar los permisos para acceder a los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, y a los libros de entierros en poder de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días. También, por llevar a cabo las entrevistas de los antiguos médicos, enfermeras y usuaria del Hospital Guasco de Valle de la Pascua.

A mi madre Feliciano de Jesús Velásquez Anare por aportar extensos relatos sobre la historia de Valle de la Pascua, el medio rural, y el Hospital Guasco.

A mi hermana Cindy Contreras por procurar un sinnúmero de importantes artículos y libros tanto en la Academia Nacional de la Medicina y como en la Biblioteca Nacional de Venezuela.

A mi hermano Luis Contreras por procurar muchos artículos y periódicos de gran utilidad para esta tesis doctoral y por calcular la distancias entre Valle de la Pascua y varios de sus vecindarios adyacentes.

A mi hermano Simón Contreras por procurar muchos artículos y periódicos de gran utilidad para esta tesis doctoral.

A Felipe Hernández González, historiador y cronista, por concederme una entrevista y orientarme con respecto a la historiografía de Valle de la Pascua.

A Manuel Soto Arbeláez, historiador y cronista, por concederme una entrevista y orientarme con respecto a la historiografía de Valle de la Pascua.

A los doctores Diógenes Ron Troconis, José Tomás Arzola Chacín, Fernando Aular y Ofelia Camero de Ruiz por concedernos entrevistas y proveer invaluable relatos sobre el Hospital Guasco de la Valle de la Pascua y la situación médico- sanitaria de Valle de la Pascua en las décadas de 1950 y 1960.

A las enfermeras María del Valle Espinoza de Suárez y Ana Esther Machado de Zúnico por concedernos entrevistas y proveer invaluable relatos sobre el Hospital Guasco de la Valle de la Pascua en las décadas de 1950 y 1960.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Tema central de la tesis	1
1.2. Metodología empleada	1
1.3. Limitaciones de la tesis	2
1.4. Estructura de la tesis	3
 2. MARCO TEÓRICO, ESTADO DE LA CUESTIÓN, HIPÓTESIS DE TRABAJO, OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN	 6
2.1. Marco teórico	6
2.2. Estado de la cuestión	11
2.3. Hipótesis de trabajo	19
2.4. Objetivos generales y específicos	20
2.5. Justificación del estudio	22
 3. MATERIAL Y MÉTODO	 24
3.1. Tipo de estudio	24
3.2. Las fuentes del estudio	26
3.2.1. Los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua	27
3.2.2. Los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico	30
3.2.3. Los anuarios estadísticos de Venezuela (1877-1961)	37
3.2.4. Los anuarios de epidemiología y estadística vital de Venezuela (1940-1961)	37
3.2.5. Los censos poblacionales de Venezuela	38
3.2.6. La memorias y cuentas del Estado Guárico (1939-1963)	38
3.2.7. La prensa de Valle de la Pascua y el Estado Guárico (1863-1946)	39
3.2.8. Las fuentes orales	39
3.2.9. Las fuentes secundarias	45
3.3. Metodología para la clasificación de las causas de muerte	46
3.3.1. La Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900)	48
3.3.2. La Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.)	50
3.4. Metodología para el análisis de la intensidad de la mortalidad	53
3.5. Metodología para el análisis semántico-documental de los diagnósticos de defunción	54
3.6. Las variables del estudio	54
3.6.1. Año de defunción	55
3.6.2. Mes de defunción	55
3.6.3. Lugar de defunción	55

3.6.4. Sexo	55
3.6.5. Edad	56
3.6.6. Profesión	56
3.6.7. Estado civil	57
3.6.8. Causa de muerte	57
3.7. Análisis de los datos	57
4. MARCO HISTÓRICO	59
4.1. La Venezuela del período 1845-1935	59
4.1.1. Visión general	59
4.1.2. Medicina científica y tradicional	61
4.1.3. Salud pública	66
4.1.4. El Registro Parroquial	73
4.1.5. El Registro Civil	75
4.1.6. La estadística vital	77
4.1.7. Perfil demográfico y epidemiológico	80
4.2. La Venezuela del período 1937-1961	92
4.2.1. Visión general	92
4.2.2. Medicina científica	93
4.2.3. Salud pública	94
4.2.4. La estadística vital	101
4.2.5. Perfil demográfico y epidemiológico	103
4.2.6. Transición epidemiológica	122
4.3. Valle de la Pascua durante el período 1845-1935	128
4.3.1. Marco demográfico	131
4.3.2. Marco político	132
4.3.3. Marco económico	136
4.3.4. Marco sociocultural	148
4.3.5. Infraestructura médico-sanitaria	159
4.4. Valle de la Pascua durante el período 1937-1961	175
4.4.1. Marco demográfico	176
4.4.2. Marco político	177
4.4.3. Marco económico	178
4.4.4. Marco sociocultural	182
4.4.5. Infraestructura médico-sanitaria	185
4.4.6. El Hospital Guasco	193

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	211
5.1. La mortalidad general en Valle de la Pascua durante el período 1845-1935	214
5.1.1. La tasas de mortalidad general	214
5.1.2. La mortalidad general por año (1845-1935)	216
5.1.3. Distribución geográfica de la mortalidad general (1893-1935)	218
5.1.4. La mortalidad general por causa de muerte (1893-1935)	219
5.1.5. La mortalidad general por edad (1845-1935)	225
5.1.6. La mortalidad general por sexo (1845-1935)	228
5.2. La mortalidad general en Valle de la Pascua durante el período 1937-1961	232
5.2.1. Las tasas de mortalidad general	232
5.2.2. La mortalidad general por año	232
5.2.3. Distribución geográfica de la mortalidad general	233
5.2.4. La mortalidad general por causa de muerte	234
5.2.5. La mortalidad general por edad	236
5.2.6. La mortalidad general por sexo	239
5.3. La evolución de la mortalidad general	242
5.3.1. Evolución de la mortalidad general por causa de muerte (1893-1961)	245
5.3.2. Evolución de la mortalidad general por edad (1845-1961)	273
5.4. La evolución estacional de la mortalidad general	290
5.4.1. La mortalidad general por mes	290
5.4.2. La mortalidad general por mes y sexo	294
5.4.3. La mortalidad general por mes y edad	297
5.4.4. La mortalidad general por mes y causa de muerte	302
5.5. La mortalidad infantil en Valle de la Pascua durante el período 1888-1935	313
5.5.1. Las tasas de mortalidad infantil	313
5.5.2. La mortalidad infantil por año (1888-1935)	314
5.5.3. Distribución geográfica de la mortalidad infantil (1893-1935)	315
5.5.4. La mortalidad infantil por causa de muerte (1893-1935)	317
5.5.5. La mortalidad infantil por edad y sexo (1888-1935)	321
5.6. La mortalidad infantil en Valle de la Pascua durante el período 1937-1961	324
5.6.1. Las tasas de mortalidad infantil	324
5.6.2. La mortalidad infantil por año	327
5.6.3. Distribución geográfica de la mortalidad infantil	328
5.6.4. La mortalidad infantil por causa de muerte	329
5.6.5. La mortalidad infantil por edad y sexo	335
5.7. La evolución de la mortalidad infantil en Valle de la Pascua (1888-1961)	337
5.7.1. Evolución de los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general a lo largo del período 1888-1961	338

5.7.2. Evolución de los porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil a lo largo del período 1888-1961	341
5.7.3. Evolución de la mortalidad perinatal, neonatal y posneonatal por causas de muerte a lo largo del período 1893-1961	348
5.8. Los factores influyentes en la mortalidad infantil de Valle de la Pascua	356
5.9. Análisis de la intensidad de la mortalidad	360
5.9.1. Año 1942	361
5.10. La evolución de las expresiones diagnósticas de causa de muerte	367
5.10.1. Ordenación alfabética, uso y desuso de las expresiones diagnósticas de causa de muerte	368
5.11. La transición epidemiológica en Valle de la Pascua	372
5.11.1. Años de transición	372
5.11.2. Grupos de edad favorecidos	376
5.11.3. Comparación a la Venezuela entera	380
6. CONCLUSIÓN	382
FUENTES HEMEROGRÁFICAS	393
FUENTES ORALES	395
FUENTES DOCUMENTALES	395
BIBLIOGRAFÍA	396
ANEXOS	424
Anexo 1: Primera Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.-1900)	
Anexo 2: Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.)	
Anexo 3. Tabla de Equivalencias –Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) y Clasificación Modificada de McKeown (CMM)	
Anexo 4: Listado de expresiones diagnósticas y codificación	
Anexo 5: Ordenación alfabética de los diagnósticos de defunción	

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Índice de gráficos:

Gráfico 1. Evolución de las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de las cinco principales causas de muerte en Venezuela a lo largo del período 1936-1959	115
Gráfico 2. Distribución anual de las defunciones registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico	218
Gráfico 3. Distribución anual de las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Período 1937-1961	233
Gráfico 4. La evolución de la mortalidad general por enfermedades infecciosas en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	246
Gráfico 5. La evolución de la mortalidad general por causas de muertes no infecciosas en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	249
Gráfico 6. La evolución de la mortalidad general por enfermedades mal definidas en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	251
Gráfico 7. La evolución de la mortalidad general por paludismo en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	254
Gráfico 8. La evolución de la mortalidad general por tuberculosis en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	259
Gráfico 9. La evolución de la mortalidad general por diarrea, enteritis y gastroenteritis en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	262
Gráfico 10. La evolución de la mortalidad general por neumonía en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	264
Gráfico 11. La evolución de la mortalidad general por enfermedades del sistema circulatorio en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	267
Gráfico 12. La evolución de la mortalidad general por causas exteriores en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	270
Gráfico 13. La evolución de la mortalidad general por cáncer y tumores en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	272
Gráfico 14. Distribución porcentual de la mortalidad general por edad categórica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1845-1881	274

Gráfico 15. Evolución de la mortalidad general por edad categórica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1845-1881	276
Gráfico 16. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	277
Gráfico 17. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	279
Gráfico 18. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	280
Gráfico 19. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	283
Gráfico 20. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	284
Gráfico 21. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.	286
Gráfico 22. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	287
Gráfico 23. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.	289
Gráfico 24. Distribución mensual de las defunciones registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. Período 1845-1900	291
Gráfico 25. Distribución mensual de las defunciones de menores de un año registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico (1893-1935)	292
Gráfico 26. Distribución mensual de las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico (1937-1961)	293
Gráfico 27. Distribución anual de las defunciones de los menores de un años registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Período 1888-1935	315
Gráfico 28. Evolución de los nacimientos registrados en los libros de nacimientos del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, largo del período 1937-1961	325
Gráfico 29. Evolución de las tasas de mortalidad infantil en Valle de la Pascua a lo largo del período 1937-1961	326

Gráfico 30. Distribución anual de las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Período 1937-1961 .	328
Gráfico 31. Evolución de los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general en Valle de la pascua a lo largo del período 1888-1961	340
Gráfico 32. Evolución de los porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	343
Gráfico 33. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	345
Gráfico 34. Evolución de la mortalidad perinatal en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	346
Gráfico 35. Evolución de la mortalidad neonatal en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	347
Gráfico 36. Evolución de la mortalidad postneonatal en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	348
Gráfico 37. Evolución de la mortalidad perinatal por patología perinatal en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961	350
Gráfico 38. Evolución de la mortalidad neonatal por tétanos infantil en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	352
Gráfico 39. Evolución de la mortalidad postneonatal por enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	353
Gráfico 40. Evolución de la mortalidad postneonatal por enfermedades infecciosas transmitidas por el aire en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961	355
Gráfico 41. Distribución porcentual de la mortalidad general por edad en Valle de la Pascua a lo largo del período 1845-1961	380

Índice de tablas:

Tabla 1. La evolución del Registro Civil en Venezuela	75
Tabla 2. Porcentajes de subregistro de defunciones en Venezuela (1875-1961)	77
Tabla 3. Población de Venezuela (1844-1926)	80
Tabla 4. Crecimiento vegetativo en Venezuela. Años 1873, 1881 y 1891.	82
Tabla 5. Crecimiento vegetativo en Venezuela (1892-1894)	82
Tabla 6. Tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural de la población de Venezuela (1905-1960)	83
Tabla 7. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo en Venezuela (1885-1894). Porcentajes al total de defunciones de cada año	86
Tabla 8. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo en Venezuela (1908-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año	86
Tabla 9. Distribución porcentual de la mortalidad general por edad en Venezuela (1907-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año	87
Tabla 10. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes en Venezuela (1907-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año	87
Tabla 11. Mortalidad por enfermedades infecciosas en Venezuela (1905-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año	88
Tabla 12. Mortalidad por causas de muerte no infecciosas en Venezuela (1905-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año	89
Tabla 13. Tasas de mortalidad infantil en Venezuela (1927-1934)	91
Tabla 14. Población, natalidad y mortalidad en Venezuela desde 1936 hasta 1961	104
Tabla 15. Distribución porcentual de la población de Venezuela por grandes grupos de edades según los censos nacionales de 1936, 1941, 1950 y 1961. Porcentajes al total de los grupos de edad para cada año censal	105
Tabla 16. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico y Venezuela (1936-1938). Porcentajes al total de defunciones de cada año	106
Tabla 17. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico y Venezuela. Años 1948. Porcentajes al total de defunciones de 1948	107
Tabla 18. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico. Años 1955-1956. Porcentajes al total de defunciones de cada año	107

Tabla 19. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en Venezuela (1955-1956). Porcentajes al total de defunciones de cada año	108
Tabla 20. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico (1957-1961). Porcentajes al total de defunciones de cada año	108
Tabla 21. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en Venezuela (1957-1961). Porcentajes al total de defunciones de cada año	109
Tabla 22. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1957	110
Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1958	110
Tabla 24. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1959	111
Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1960	112
Tabla 26. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1961	112
Tabla 27. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes en Venezuela (1939-1942). Porcentajes al total de defunciones de cada año	113
Tabla 28. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes en Venezuela (1955-1961). Porcentajes al total de defunciones de cada año	114
Tabla 29. Las cinco principales causas de muerte en Venezuela - 1936-1959. Tasas estimadas por 100.000 habitantes	115
Tabla 30. Mortalidad infantil y natalidad en Venezuela desde 1938 a 1959. Tasas estimadas por 1.000.00 nacimientos vivos	116
Tabla 31. Mortalidad en menores de 28 días, 1 a 5 meses y 6 a 11 meses de edad expresada en porcentajes de la mortalidad infantil. Venezuela (1938-1959)	117
Tabla 32. Principales causas de muerte en niños menores de 28 días de nacidos. Porcentajes sobre la mortalidad diagnosticada para la edad. Venezuela (1942-1959)	118
Tabla 33. Principales causas de muerte en niños de 1 a 5 meses de edad. Porcentajes sobre la mortalidad diagnosticada para la edad. Venezuela (1941-1959)	119
Tabla 34. Principales causas de muerte en niños de 6 a 11 meses de edad. Porcentajes sobre la mortalidad diagnosticada para la edad. Venezuela (1941-1959)	120

Tabla 35. Tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacimientos vivos de Venezuela. Tasas corregidas (1950-1961)	121
Tabla 36. Porcentajes de la mortalidad general en Venezuela por enfermedades infecciosas y no infecciosas. Basado en las cinco principales causas de muerte (1939-1949)	124
Tabla 37. Porcentajes de la mortalidad general en Venezuela por enfermedades infecciosas y no infecciosas en Venezuela. Basado en las veintisiete principales causas de muerte (1950-1961)	125
Tabla 38. Tasas de mortalidad por grupos de edad en Venezuela y porcentajes que representan las tasas de mortalidad de 1959 respecto a las de 1940	126
Tabla 39. Esperanza de vida al nacer en Venezuela. Años Censales 1926, 1936, 1941, 1950 y 1961	126
Tabla 40. Población de Valle de la Pascua. Años 1873, 1881, 1891, 1920, y 1926	133
Tabla 41. Población de algunas ciudades guariqueñas. Año 1936	176
Tabla 42. Población de Valle de la Pascua. Años 1936, 1941, 1950 y 1961	176
Tabla 43. Tasas de mortalidad general (TMG) por mil habitantes en Valle de la Pascua. Años 1873, 1881, 1891, 1920, 1926 y 1936	215
Tabla 44. Distribución geográfica de las defunciones asentadas en el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico (1893-1935)	219
Tabla 45. Las causas de muerte en Valle de la Pascua por grandes grupos de causas (C.M.M.), 1893-1935	220
Tabla 46. Las causas de muerte en Valle de la Pascua según los grupos de enfermedades de la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (CIE-1900), 1893-1935	222
Tabla 47. Las principales causas de muerte en Valle de la Pascua según los códigos específicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900), 1893-1935	223
Tabla 48. Las principales causas de muerte en Venezuela durante el lapso 1905-1912. Porcentajes al total de la mortalidad general para cada año	223
Tabla 49. Las principales causas de muerte en Valle de la Pascua durante el lapso 1905-1912. Porcentajes al total de la mortalidad general para cada año	224
Tabla 50. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por edad categórica (1845-1881)	225
Tabla 51. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por grupos de edad numérica (1888-1935)	226

Tabla 52. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad numérica y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general	226
Tabla 53. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad numérica y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	227
Tabla 54. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad numérica y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	227
Tabla 55. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general por sexo en Valle de la Pascua (1845-1935)	228
Tabla 56. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y edad numérica en Valle de la Pascua (1888-1935). Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general	229
Tabla 57. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general	228
Tabla 58. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	229
Tabla 59. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	231
Tabla 60. Tasas de mortalidad general (TMG) por mil habitantes en Valle de la Pascua (1937-1961)	232
Tabla 61. Distribución geográfica de las defunciones asentadas en el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico (1937-1961)	233
Tabla 62. Las causas de muerte en Valle de la Pascua por grandes grupos de causas (C.M.M.). Período 1937-1961	234
Tabla 63. Las principales causas de muerte en Valle de la Pascua según los códigos específicos de la Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.). Período 1937-1961	235
Tabla 64. Las principales causas de muerte en Valle de la Pascua según los códigos específicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900). Período 1937-1961	236

Tabla 65. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por grupos de edad. Período 1937-1961	237
Tabla 66. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general	237
Tabla 67. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	238
Tabla 68. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	239
Tabla 69. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general por sexo en Valle de la Pascua. Período 1937-1961	239
Tabla 70. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y grupos de edad en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general	240
Tabla 71. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general	240
Tabla 72. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	241
Tabla 73. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	241
Tabla 74. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por el código 3.0.0.0 y edad, y por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0 y edad. Período 1893-1935	252
Tabla 75. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por el código 3.0.0.0 y edad, y por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0 y edad. Período 1937-1961	253
Tabla 76. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua. Período 1845-1900. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general	295

Tabla 77. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua. Período 1893-1935. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general	296
Tabla 78. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general	297
Tabla 79. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad categórica en Valle de la Pascua. Período 1845-1881. Porcentajes al total de cada edad categórica y al total de la mortalidad general	298
Tabla 80. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad numérica en Valle de la Pascua. Período 1888-1935. Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general	300
Tabla 81. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad numérica en Valle de la Pascua. Período 1888-1935. Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general	300
Tabla 82. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad numérica en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general	302
Tabla 83. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad numérica en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de grupo de edad y al total de la mortalidad general	302
Tabla 84. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y grandes grupos de causas (C.M.M.) Valle de la Pascua. Período 1893-1935. Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general	303
Tabla 85. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y grandes grupos de causas (C.M.M.) Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general	304
Tabla 86. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua, 1893-1935. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	305
Tabla 87. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua, 1893-1935. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	305
Tabla 88. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua, 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	306

Tabla 89. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua, 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	307
Tabla 90. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad mensual en Valle de la Pascua por el código 3.0.0.0, y la mortalidad mensual por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0. Período 1893-1935	308
Tabla 91. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad mensual en Valle de la Pascua por el código 3.0.0.0, y la mortalidad mensual por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0. Período 1937-1961	309
Tabla 92. Nacimientos, defunciones de Menores de un año y tasa de mortalidad infantil (TMI) por mil habitantes en Valle de la Pascua (1901-1932)	314
Tabla 93. Distribución geográfica de las defunciones de menores de un año registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Desglosada por edad. Período 1893-1935. Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil	316
Tabla 94. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil	318
Tabla 95. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por grupos de enfermedades (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil	319
Tabla 96. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y Postneonatal por código específico (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil	320
Tabla 97. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal en Valle de la Pascua por sexo y edad (1888-1935). Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad infantil	321
Tabla 98. Distribución porcentual de la mortalidad neonatal en Valle de la Pascua por sexo y edad (1888-1935). Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad infantil	322
Tabla 99. Distribución porcentual de la mortalidad postneonatal en Valle de la Pascua por sexo y edad (1888-1935). Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad infantil	322
Tabla 100. Nacimientos, defunciones de menores de un año y tasa de mortalidad infantil (TMI) por mil habitantes en Valle de la Pascua. Período 1937-1961	325

Tabla 101. Distribución geográfica de las defunciones de menores de un año registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Desglosada por edad. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil	329
Tabla 102. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil	330
Tabla 103. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por códigos específicos (C.M.M.) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil	331
Tabla 104. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil	333
Tabla 105. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad intrauterina por edad gestacional al morir. Período 1941-1961. Porcentajes al total de la mortalidad intrauterina	334
Tabla 106. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal por sexo y edad en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad infantil	335
Tabla 107. Distribución porcentual de la mortalidad neonatal por sexo y edad en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad infantil	335
Tabla 108. Distribución de la mortalidad postneonatal por sexo y edad en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad infantil	336
Tabla 109. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general en Valle de la Pascua. Período 1888-1961	339
Tabla 110. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil en Valle de la Pascua. Período 1888-1935	342
Tabla 111. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil en Valle de la Pascua. Período 1937-1961	343
Tabla 112. Intensidad de la mortalidad en Valle de la Pascua. Año 1942	361

Tabla 113. Distribución geográfica de las defunciones asentadas en el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico en el año 1942	362
Tabla 114. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua. Año 1942. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general	363
Tabla 115. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad en Valle de la Pascua. Año 1942. Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general	364
Tabla 116. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad en Valle de la Pascua. Año 1942. Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general	365
Tabla 117. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y código específico (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Año 1942. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general	366
Tabla 118. Distribución porcentual de la mortalidad general en Valle de la Pascua por grandes grupos de causas. Porcentajes al total de la mortalidad general para cada año	374
Tabla 119. Distribución de las frecuencias y porcentajes de las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer según la C.M.M. Período 1893-1961. Porcentajes al total de la mortalidad general	376
Tabla 120. Distribución porcentual de la mortalidad general por edad en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961. Expresado en porcentajes al total de la mortalidad general de cada lapso temporal	378
Tabla 121. Distribución porcentual de la mortalidad general en el grupo de edad 1-4 años en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961. Expresado en porcentajes al total de la mortalidad general de cada lapso temporal	379

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Tema central de la tesis

La presente tesis doctoral pretende ser un estudio clásico de epidemiología histórica que tiene como objetivo principal llevar a cabo un análisis epidemiológico de la mortalidad en Valle de la Pascua, Estado Guárico, Venezuela, durante el período 1845-1961. Específicamente, se pretende analizar la evolución de la mortalidad en Valle de la Pascua, su distribución geográfica, su intensidad y su estructura en función de las variables sexo, edad, estacionalidad y causa de muerte, incorporando los factores geográficos, socioeconómicos, políticos, culturales, médico-sanitarios y tecnológicos que influenciaron y/o determinaron el patrón de mortalidad en esta ciudad llanera a lo largo del período 1845-1961. Por otra parte, también se pretende llevar a cabo un análisis semántico-documental de las expresiones diagnósticas de las causas de muerte en Valle de la Pascua durante el período 1893-1961, con el fin de determinar la evolución, pervivencia o desuso de las mismas. Por último, el estudio pretende determinar cuál fue el perfil epidemiológico de Valle de la Pascua a lo largo del período 1845-1961, su compatibilidad con el perfil epidemiológico de Venezuela durante el mismo período y su adhesión o no al *Modelo Tardío* propuesto por Omran en su *Teoría de la Transición Epidemiológica*. Cabe destacar que aunque este estudio está enmarcado dentro de los presupuestos conceptuales de la epidemiología histórica, área donde se espera el estudio proveerá su mayor contribución historiográfica, no se perdieron de vista las perspectivas de disciplinas afines como la demografía histórica, la historia social de la medicina, la historia de la salud pública y la historia de la población, puesto que dichas disciplinas coadyuvan a proveer una visión más completa a la hora de analizar la variable mortalidad.

1.2. Metodología empleada

Para la consecución de esta tesis doctoral, se utilizó una muestra combinada de las defunciones registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua durante el período 1845-1900 y las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, durante el período 1893-1961. En total se recabaron 1.865 defunciones para los 17 años seleccionados en el período 1845-1900 y 10.730 defunciones para los 43 años seleccionados en el período 1893-1961, sumando una muestra combinada de 12.595 defunciones para el período 1845-1961. Por otra parte, de cada acta/partida de defunción encontrada en los libro de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua, se extrajeron los siguientes datos relacionados con la persona fallecida: año de defunción, número de acta de defunción (en su defecto se le asignó un número al fallecido en orden ascendente y de acuerdo a la fecha de defunción),

mes de defunción, sexo, edad categórica y edad numérica. En cuanto a las partidas de defunción encontrada en los libros de defunción del Registro Civil, se extrajeron los siguientes datos relacionados con la persona fallecida: año de defunción, número de acta de defunción (en su defecto se le asignó un número al fallecido en orden ascendente y de acuerdo a la fecha de defunción), mes de defunción, sexo, edad, estado civil, profesión, y causa de muerte. En lo referente, a la causa de muerte se utilizaron los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) y la Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.). El análisis de la mortalidad, tanto general como infantil, se llevó a cabo en términos de la mortalidad por año, su distribución geográfica, la mortalidad por causa de muerte, la mortalidad por edad y la mortalidad por sexo. En el caso de la mortalidad general, también se analizó la estacionalidad de la misma.

Por otro lado, el análisis de la intensidad de la mortalidad se realizó utilizando el método de Del Panta y Livi-Bacci, por considerarse el más idóneo dada la disponibilidad de datos. El análisis semántico-documental de los diagnósticos de defunción consistió en ordenar alfabéticamente las causas de muerte y anotar tanto la frecuencia como el primer y último año de uso de las mismas para así determinar el desuso o pervivencia a lo largo del período estudiado. Por último, se analizó la transición epidemiológica de Valle de la Pascua en términos de los años de transición, específicamente los años cuando las enfermedades infecciosas comenzaron a ceder terreno a las enfermedades no infecciosas, en particular las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, y en términos de los grupos de edad favorecidos. También, se llevó a cabo una comparación entre la transición epidemiológica que se estaba gestando en Valle de la Pascua y la que se estaba gestando en toda Venezuela, y se determinó si dicha transición concuerda con el *Modelo Tardío* expuesto por Omran.

Finalmente, todos los datos fueron asentados en una hoja Excel y para su tratamiento informático y estadístico se utilizó el programa de estadística SPSS (versiones 19.0, 20.0 y 22.0). Por medio de este programa se elaboraron gráficos, tablas simples y tabulaciones cruzadas que permitieron un adecuado análisis y presentación de los resultados. Además, a través de SPSS se determinaron asociaciones, correlaciones y tendencias, lo cual brindó una mejor comprensión de los resultados.

1.3. Limitaciones de la tesis

Esta tesis doctoral se basa principalmente en las defunciones registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua durante el período 1845-1900 y las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante,

Estado Guárico, durante el período 1893-1961. La recolección de este tipo de datos no fue tarea fácil por diferentes razones. En primer lugar, no se pudieron encontrar datos para todo los años del largo período 1845-1961. Segundo, algunos años para los que sí se pudieron encontrar datos, los mismos presentaron significativas omisiones y/o extravíos que nos obligaron a excluirlas de la muestra. Esto ocurrió principalmente en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante. Los años 1926 y 1943, años con un elevado número de defunciones, se pueden citar como ejemplos. Para el año 1926, el Jefe Civil del Distrito Infante certificó 354 defunciones, mientras que para el año 1943 el *Anuario Estadístico de Venezuela* reportó 314 de las mismas. Sin embargo, para esos dos años sólo se encontraron 239 y 272 defunciones respectivamente, lo que nos obligó a descartarlos. Tercero, los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua no contienen una causa de muerte. Cuarto, el uso frecuente de la expresión “enfermedad mal definida”, sobre todo en la década de 1930 dificultó hasta cierto punto el análisis epidemiológico. Por último, escasearon las estadísticas oficiales relacionadas con la mortalidad entre 1845 y 1900, así como también en los años de la dictadura gomecista, sobre todo entre 1913 y 1935.

1.4. Estructura de la tesis

La estructura de esta tesis doctoral consiste de seis capítulos, la cual se presenta a continuación en términos generalizados:

- En el capítulo 1 se trata el tema central de la tesis, la metodología empleada para la consecución de la misma, las limitaciones encontradas y su estructura.
- En el capítulo 2 se expone el marco teórico de la tesis, el estado de la cuestión, las hipótesis de trabajo, los objetivos generales y específicos del estudio y la justificación para la realización del mismo.
- En el capítulo 3 se expone la metodología del estudio, con una discusión sobre las fuentes a utilizar, la metodología para la clasificación de las causas de muerte, la metodología a seguir para realizar el análisis de la intensidad de la mortalidad y para llevar a cabo el análisis semántico-documental de los diagnósticos de defunción. Se incluye también en este capítulo una detallada descripción de las variables utilizadas en el estudio. Por último, se menciona la estrategia a seguir para analizar los datos recabados.

- En el capítulo 4 se expone el marco histórico, el cual se divide en dos períodos, 1845-1935 y 1936-1961. En el primer período, además de una visión general de Venezuela, se presentan temas específicos sobre la historia de esta nación sudamericana y de especial importancia para esta tesis doctoral. Se incluyen entre estos temas la medicina científica y tradicional, la salud pública, el registro parroquial y civil, la estadística vital y el perfil demográfico y epidemiológico. En el segundo período, junto con una visión general de Venezuela, también se presentan temas concretos sobre la historia de la misma que sirven de telón de fondo para los objetivos de esta tesis doctoral. Figuran entre estos temas, la medicina científica, la salud pública, la estadística vital, el perfil demográfico y epidemiológico y la transición epidemiológica que se empezó a gestar en Venezuela en la década de 1940. Por último, también se provee en este capítulo una descripción del marco demográfico, el marco político, el marco económico, el marco sociocultural y la infraestructura médico-sanitaria de Valle de la Pascua en cada uno de los mencionados períodos. Para el período 1936-1961, es de especial interés la reseña elaborada sobre el Hospital Guasco, la cual fue posible gracias al uso de la historia oral y a la colaboración de antiguos médicos, enfermeras y una usuaria del primer hospital de Valle de la Pascua.
- En el capítulo 5 se presenta un análisis de la mortalidad general de Valle de la Pascua durante los períodos 1845-1935 y 1937-1961, lo cual incluye las tasas de mortalidad general, la distribución anual de defunciones, la distribución geográfica de la mortalidad general, desglosándose por defunciones ocurridas en Valle de la Pascua y defunciones ocurridas en zonas rurales adscritas administrativamente a ésta y la distribución las causas de muerte según la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) y la Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.). También se analiza la distribución de la mortalidad general según las variables demográficas edad y sexo. Por otro lado, también se analiza la evolución de la mortalidad general por causa de muerte (1893-1961) y por edad (1845-1961). Por último, para el período 1845-1961, se analiza la estacionalidad de la mortalidad general, en términos del mes, mes y sexo, mes y edad y mes y causa de muerte.
- Dentro del capítulo 5, también se analiza la mortalidad infantil en Valle de la Pascua durante los períodos 1888-1935 y 1937-1961. Dicho análisis incluye las tasas de mortalidad en Valle de la Pascua para aquellos años donde se pudieron recabar cifras completas de nacimientos y defunciones de los menores de un año, la

distribución anual de la mortalidad infantil, la distribución geográfica, la distribución de las causas de muerte según la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.-1900) y la Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.) y la distribución de la mortalidad infantil según las variables demográficas edad y sexo. Se incluye también en este apartado, un análisis de la evolución de la mortalidad infantil con especial énfasis en la evolución de los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general, la evolución de los porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil, y la evolución de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por causas de muerte. Por último, también se incluye dentro de este apartado una descripción de los factores influyentes en la mortalidad infantil ocurrida en Valle de la Pascua.

- Cumpliendo con los objetivos de la tesis, también se presenta en el capítulo 5 un análisis de la intensidad de la mortalidad para el año 1942, año en el que hubo una sobremortalidad. Forma parte de este apartado un análisis detallado de los factores que pudieron haber influido en dicha sobremortalidad. También se presenta un análisis de la evolución de las expresiones diagnósticas de causas de muerte presentes en las partidas de defunción asentadas del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, para el período 1893-1961. Se incluye en este apartado una ordenación alfabética de las expresiones diagnósticas de causa de muerte, así como también un análisis del uso y desuso de las mismas durante el período estudiado. Por último, se presenta un análisis de la transición epidemiológica de Valle de la Pascua, la cual parece haber empezado a gestarse a finales de la década de 1940. Se presta particular atención dentro de este análisis a los cambios en el perfil epidemiológico de Valle de la Pascua, los años de transición y los grupos de edad favorecidos. Asimismo, se establece una comparación entre la transición epidemiológica que se estaba gestando en Valle de la Pascua y la que se estaba gestando en toda Venezuela entre 1948 y 1961 y su grado de conformidad con la propuesta teórica de Omran.
- El capítulo 6 trata sobre las conclusiones y en el mismo se resume la comprobación o no de las hipótesis de trabajo, los aspectos más salientes de los objetivos generales y específicos, el valor y contribución los resultados obtenidos y su importancia para futuras investigaciones.

2. MARCO TEÓRICO, ESTADO DE LA CUESTIÓN, HIPÓTESIS DE TRABAJO, OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Marco teórico

Conceptualmente, la epidemiología histórica parece estar bien definida. De acuerdo a Goldberg (1994:1981), la epidemiología histórica estudia la frecuencia y distribución, en el tiempo y en el espacio, de los problemas de salud de las poblaciones humanas, así como el papel de los factores que los determinan. Muy similarmente, López Piñero define la epidemiología histórica como la disciplina que estudia la distribución de los estados de salud y enfermedad en las colectividades humanas a través del tiempo. Este autor también añade que el objetivo de la epidemiología histórica no se limita a afecciones infectocontagiosas, por cuanto puede abarcar otros padecimientos tales como la diabetes, el infarto del miocardio, la depresión, los tumores malignos y muchos otros no causados por gérmenes patógenos (López Piñero, 1990:137)¹. En cuanto a la importancia y utilidad de la epidemiología histórica, Joseph Bernabeu Mestre, uno de los estudiosos que más ha contribuido en avanzar la conceptualización, metodología, papel y dirección de la epidemiología histórica en España, Iberoamérica y el resto del mundo, sostiene que en tiempos recientes la epidemiología histórica ha mostrado un renovado protagonismo dentro del conjunto de disciplinas que, junto a la demografía histórica, intentan avanzar en la resolución de los principales temas historiográficos de naturaleza poblacional, en especial el

¹Según Rogers (1963: 1694-1696), la epidemiología histórica se inicia en la primera mitad del siglo XIX con los trabajos del historiador médico alemán Justus Friedrich Karl Hecker, quien publicó tres ensayos relacionados con las epidemias que azotaron el continente europeo en la Edad Media, específicamente *Der Schwarze Tod* (La peste negra, Hecker, 1832), *Die Tanzwuth* (La manía que baila, Hecker, 1832) y *Der Englische Schweiss* (El sudor inglés, Hecker, 1834). En las últimas décadas del siglo XIX, los alemanes Heinrich Haeser y August Hirsch, junto con el inglés Charles Creighton enriquecerían la disciplina enormemente con la publicación de sus respectivas *Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der Volkskrankheiten* (Manual de la historia de la medicina y de las enfermedades comunes, Haeser, 1845); *Geschichte der Epidemischen Krankheiten* (Historia de las enfermedades epidémicas, Haeser, 1882), *Handbuch Der Historisch-Geographischen Pathologie* (Manual de la patología histórico-geográfica, Hirsch, 1881) y *History of Epidemic Diseases in Great Britain* (Historia de las enfermedades epidémicas en Gran Bretaña, Creighton, 1891-1894). Estas obras, junto con las de Hecker y en las cuales las enfermedades epidémicas figuran como tema central, echarían las bases de lo que es hoy la epidemiología histórica. En el siglo XX, se publicarían otras grandes obras que afianzarían los conceptos fundamentales de la disciplina. Se destacan en este período los trabajos de Georg Sticker, Major Greenwood, C. A. Armor Winslow, H.H. Scott, Henry Sigerist, Erwin Ackerknecht, M. Burnett, G.M. Howe y William McNeill, en los cuales la enfermedad figura siempre como protagonista principal (Sticker, 1908-1910; Greenwood, 1932; Scott, 1942; Sigerist, 1943; Amory Winslow, 1952; Burnett, 1967; Amory Winslow, 1971; Greenwood, 1970-1971; Ackerknecht, 1972; Howe, 1977; McNeill, 1998). Por último, en tiempos recientes han aparecido en la literatura anglosajona varios notables trabajos de epidemiología histórica donde la variable mortalidad ha sido el foco de atención (Patterson, 1986; Landers, 1992; Scott et al., 1995).

fenómeno del descenso de la mortalidad que acompañó la transición demográfica de la Europa Occidental (Bernabeu Mestre, 1994:11)². Según Bernabeu Mestre, la aportación del método epidemiológico y de los estudios de epidemiología histórica puede contribuir a conocer cuál ha sido el papel y la influencia de la enfermedad y sus manifestaciones, mortalidad, morbilidad y discapacidades, en la evolución de la población. A su juicio, la epidemiología histórica se presenta como una disciplina clave para avanzar en la deseada explicación interdisciplinar de la propia historia de la población (Bernabeu Mestre, 1994:15).

Dentro del estudio de la historia de la población, la *Teoría de la Transición Demográfica* ideada por el demógrafo norteamericano Walter Thompson en 1929 representó el primer gran intento en explicar los cambios demográficos ocurridos en las sociedades industrializadas. Thompson basó su propuesta teórica en las observaciones llevadas a cabo de los cambios y transiciones de las tasas de natalidad y mortalidad de los países industrializados en los últimos 200 años. Dicha propuesta teórica consiste en cuatro fases: La primera fase o antiguo régimen demográfico, típico de las sociedades preindustriales, destaca tasas de natalidad y mortalidad muy altas. La segunda fase o comienzo de la transición es propia de los países en vías de desarrollo. En esta fase, gracias a las mejoras en técnicas agrícolas y los avances en medicina y alfabetización, la tasa de mortalidad descende y la tasa de natalidad se mantiene elevada, lo que da como resultado un crecimiento vegetativo cada vez mayor. En la tercera fase o final de la transición, la tasa de natalidad descende y la tasa de mortalidad llega a alcanzar cifras bajas, con lo que el crecimiento vegetativo aminora. Por último, en la cuarta fase o régimen demográfico moderno, típico de las sociedades postindustriales, la tasa de mortalidad se reduce hasta alcanzar mínimos históricos. Un proceso prácticamente similar ocurre con la tasa de natalidad y como consecuencia, el crecimiento vegetativo es prácticamente nulo.

Debe destacarse que una teoría más formal de la transición demográfica sería formulada en la década de 1940 por Frank W. Notestein (1945). También debe destacarse que algunos estudiosos no consideran que la *Teoría de la Transición Demográfica* sea la panacea para

² El descenso de la mortalidad, el cual comenzó a partir del siglo XVIII y obedeció principalmente a la reducción de las muertes por enfermedades infecciosas, impulsó un espectacular crecimiento poblacional, primero en la Europa occidental y más tarde en otras regiones del mundo. Considérese que 10.000 años atrás, la población mundial estaba por debajo de los 10 millones de habitantes. Esta cifra ascendió a 750 millones en 1750, a 1.000 millones en 1830, a 2.000 millones en 1930, a 3.000 millones en 1960 y a 4.000 millones en 1975 (McKeown, 1976:1).

explicar todos los cambios demográficos, por cuanto en el caso de Europa ha habido excepciones en su historia demográfica (Livi Bacci, 1999:138). Sin embargo, dicha teoría sigue sobreviviendo ya sea por su utilidad en la previsión de las tendencias de la población futura o por actuar como guía en la investigación empírica (Vera Bolaños, 1999:5).

El deseo de abordar el estudio de los cambios poblacionales, sobre todo la evolución de la mortalidad, desde un punto multidisciplinar condujo a la formulación de otras propuestas teóricas. Entre las más notables figuran la *Teoría de la Transición Epidemiológica* (1971), el *Modelo de la Transición Sanitaria* propuesto por Lerner (1973) y la *Hipótesis Alimentaria* propuesta por McKeown (1976). Primeramente, de gran relevancia para la epidemiología histórica fue la formulación de la *Teoría de la Transición Epidemiológica* por Abdel R. Omran en 1971 (Omran, 2005: 731-757). Omran basa su teoría en cinco proposiciones fundamentales, a saber:

1. La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica poblacional
2. La transición epidemiológica consiste de tres fases consecutivas, a saber: la edad de la peste y el hambre; la edad de las pandemias retraídas; y la edad de las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre. Durante dicha transición ocurre un cambio de largo plazo en los patrones de mortalidad y enfermedad, mediante el cual las pandemias de infección son reemplazadas gradualmente por enfermedades degenerativas y causadas por el hombre, las cuales a la vez se convierten en la forma principal de morbilidad y causa de muerte primaria.
3. Durante la transición epidemiológica, los cambios más profundos en los patrones de salud y mortalidad ocurren en niños y mujeres jóvenes.
4. Los cambios en los patrones de salud y enfermedad que caracterizan la transición epidemiológica están estrechamente ligados a las transiciones demográficas y socioeconómicas que constituye el complejo de modernización.
5. Las variaciones peculiares en el patrón, movimiento, determinantes y consecuencias del cambio poblacional dan como resultado tres modelos básicos de transición: el *Modelo Clásico u Oeste* que describe a los países occidentales; el *Modelo Acelerado*, el cual describe fundamentalmente a Japón, Europa del Este y la antigua Unión Soviética y el *Modelo Tardío* que caracteriza a la mayoría de los países del Tercer Mundo.

Omran sostiene que, aunque todos los grupos de edad se benefician durante una transición epidemiológica, los beneficios son mayores para el grupo de edad «1-4 años». Al mismo tiempo, Omran añade que el riesgo de morir es menor para las mujeres que para los hombres en los años posreproductivos y en todos los niveles de la expectativa de vida. Sin embargo, las mujeres tienen una más alta probabilidad de morir durante los años de la adolescencia y los intervalos de edad reproductiva y en los niveles bajos de la expectativa de vida. Durante la transición de enfermedades infecciosas a enfermedades degenerativas y causadas por el hombre, las mujeres cambian un nivel de mortalidad, el cual como ya se expresó es más alto que el de los hombres en los años reproductivos, a uno más ventajoso, de tal manera que el riesgo más alto de morir en las mujeres desaparece en el nivel de expectativa de vida «50 años». A partir de este nivel y en los niveles siguientes, el riesgo de morir disminuye más para las mujeres que para los hombres (Omran, 1971:741-742).

Debe mencionarse que la propuesta teórica de Omran no está libre de críticas. Por ejemplo, algunos estudiosos han criticado su relativa ambigüedad y lo difícil que resulta determinar cuándo comienza y cuándo termina una transición epidemiológica. Al mismo tiempo se reconoce que la *Teoría de la Transición Epidemiológica* representa potencialmente un potente marco teórico para el estudio de la enfermedad y mortalidad en las poblaciones, especialmente el estudio de las variaciones históricas e internacionales (Mackenbach, 1994:329-331).

Las proposiciones de la *Teoría de la Transición Epidemiológica* serán tema central de esta tesis doctoral. El *Modelo Tardío* propuesto por Omran, por ejemplo, cobra gran relevancia dentro del estudio que se propone, por cuanto dicho modelo se aplicaría a países de la América Latina, la mayoría de ellos considerados como subdesarrollados y entre los que se incluiría Venezuela. Según Pressat (1967:82), en los países subdesarrollados y a diferencia de lo que sucedió en los países desarrollados, el descenso en la mortalidad se debió mayormente a la ayuda médica externa. Específicamente, en estos países la medicina moderna logró alargar la existencia de personas que poseían un nivel de vida casi inmutable desde tiempos inmemoriales, gracias a las vacunas y el D.D.T, mecanismos que, a poco costo, redujeron significativamente las enfermedades infecciosas. En el caso de Venezuela, Bidegain Greising (1987:125) postula que, a diferencia de lo que aconteció en Europa, donde los fenómenos demográficos evolucionaron de acuerdo al desarrollo de dichas naciones, el descenso de la mortalidad en Venezuela fue fundamentalmente de carácter exógeno y no el resultado de un mejoramiento de las condiciones de vida del conjunto de la población. Por ejemplo, con la explotación del petróleo se llevaron a cabo campañas

sanitarias para contrarrestar los altos índices de mortalidad existentes en los campamentos, en particular debido a la malaria, a fin de posibilitar la extracción del precioso líquido.

Por último, para redondear la descripción del marco teórico en relación al estudio de la evolución de la mortalidad, conviene mencionar, aunque brevemente, el *Modelo de la Transición Sanitaria* y la *Hipótesis Alimentaria de McKeown*. En lo que se refiere al *Modelo de la Transición Sanitaria*, Lerner distingue tres etapas en la evolución de la mortalidad. La primera etapa se caracteriza por las altas cifras de natalidad y mortalidad. En la segunda etapa se destaca un aumento del control de la mortalidad. Por último, en la tercera etapa se destaca una conceptualización más amplia de la salud y como resultado, la lucha contra la mortalidad da paso a la prevención y a la promoción de la salud (Bernabeu Mestre, 1995:84; Torrents, 1996:176).

En cuanto a la *Hipótesis Alimentaria de McKeown*, este estudioso propuso que la reducción de la mortalidad y el crecimiento de la población en la Europa Occidental en los siglos XVIII y XIX, un proceso que precedió a los avances en higiene, se debió principalmente a las mejoras en nutrición. Según McKeown las mejoras en nutrición fueron posibles gracias a los mayores suministros de alimentos. McKeown basa su hipótesis alimentaria en el hecho de que, en los siglos XVIII y XIX, es indudable que se registró un marcado incremento en la producción de alimentos en Inglaterra y Gales, lo suficiente para sostener una población que se había triplicado entre 1700 y 1850, sin una significativa importación de alimentos. McKeown agrega que, dadas las circunstancias que existían antes de las revoluciones agrícolas e industriales, un mejoramiento en el suministro de alimentos era imprescindible para un sustancial y prolongado declive de la mortalidad y expansión de la población (McKeown, 1976:153-154).

2.2. Estado de la cuestión

Aunque la disciplina «epidemiología» cuenta con una robusta historiografía en Venezuela, a diferencia de España³, no se puede asegurar con certeza que el concepto “epidemiología histórica” exista como tal en el acervo historiográfico del país, no obstante la existencia de estudios que se pueden catalogar como pertenecientes a esta disciplina. Tal parece ser la falta de reconocimiento de la epidemiología histórica por parte de los historiadores venezolanos. La falta de reconocimiento de esta disciplina también parece extenderse a otros países de Iberoamérica. Al adentrarnos en el tema de la epidemiología histórica en Venezuela, se puede asegurar que, en líneas generales, temas que tratan o está relacionados con esta rama de la historia de la salud pública sólo han recibido un tratamiento superficial en los más importantes textos de la historia general de Venezuela (González Guinán, 1954; Gil Fortoul, 1954; Salcedo-Bastardo, 1972; Siso Martínez, 1965). Una mejor cobertura se aprecia en las obras que tratan específicamente sobre la historia de la medicina y salud pública de Venezuela, ya sea a nivel nacional o regional (Rodríguez Rivero, 1924; Rodríguez Rivero, 1931; Perera, 1951; Archila, 1956; Archila, 1958; Archila, 1961; Archila, 1966; Novoa Montero, 1974; López Gómez, 1988; Quintero García, 1988; Romero Lobo, 1993, Malaspina, 2004).

Por otra parte, debe destacarse que muchos de los estudios de mayor envergadura directa o indirectamente relacionados con la epidemiología histórica fueron realizados en las décadas de los años 40 y 50 del siglo pasado. Esto pudo haber sido una reflexión de la situación epidemiológica y sanitaria de la época. Específicamente, el incremento en la acción médico-sanitaria que arranca a partir de 1936, el énfasis en la erradicación de las enfermedades infecciosas y la capacitación de personal en la rama de la salud pública, en particular en los Estados Unidos, pudo haber despertado el interés de los estudiosos, lo cual

³ Aunque en Iberoamérica la producción historiográfica sobre temas relacionados con la epidemiología histórica no parece ser muy numerosa, en España se han escrito obras que proveen una excelente base conceptual y metodológica para llevar a cabo estudios epidemiológicos y de epidemiología histórica, como es el caso de *Enfermedad y población: Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica* de Bernabeu Mestre. Además de esta obra, se han publicado varios estudios centrados en los conceptos de la epidemiología histórica (Sanz Gimeno, 1999; Pineda Núñez, 1999; Robles González et. al., 1996; Barona y Barea, 1996; Torrents, 1996). La revisión de la literatura en este país también revela al menos tres tesis doctorales con un sesgo decididamente epidemiológico histórico (Martínez Navarro, 1978; Hernández Ferrer, 2003; Sainz Otero, 2007). También, la obra de Vicente Pérez Moreda, *Las crisis de mortalidad en la España Interior* (Pérez Moreda, 1980), aunque no trata precisamente sobre epidemiología histórica, analiza la mortalidad en varias regiones de España en los siglos XVI-XIX y provee sólidas bases conceptuales y metodológicas para los estudios de demografía histórica que enfoquen la mortalidad como variable principal. Además de esta obra, se han realizado en España un gran número de trabajos que han enriquecido el volumen historiográfico del estudio de la mortalidad en ese país, pudiéndose citar sólo algunos de los más notables en este apartado (Arbelo, 1962; Izquierdo Carrasco, 1979; Gómez Redondo, 1992; Brel Cachón, 2001).

contribuyó a incrementar el volumen de publicaciones que, de una manera u otra, trataron sobre la epidemiología histórica, dada la conceptualización de la disciplina. El grueso del acervo historiográfico de temas sobre epidemiología histórica o por lo menos temas relacionados con esta disciplina está concentrado en dos publicaciones principales, a saber, la *Gaceta Médica de Caracas* y la *Revista de Sanidad y Asistencia Social*⁴. Otros trabajos de relevancia se recogen en los *Cuadernos Amarillos de la Malaria. Conferencia Panamericana de Salud de 1946* y otras publicaciones tal vez de menos rango y trayectoria. Sobresalen entre estas publicaciones *Unidad Sanitaria* y *Tijeretazos sobre Malaria*. Conviene mencionar que también se publicaron varios trabajos independientemente de las publicaciones nombradas y como se expondrá más adelante, muchos de estos trabajos son de mención obligatoria en cualquier trabajo sobre epidemiología histórica en Venezuela.

La creación de la *Gaceta Médica de Caracas* en 1893 indudablemente que impulsó la producción historiográfica de temas relacionados con la epidemiología histórica. Antes de crearse esta revista, la cual es una publicación de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, dichos temas recibieron escasa o ninguna cobertura en las revistas científicas que aparecieron en la segunda mitad del siglo XIX, notables entre ellas *El Naturalista* (1857), *El Eco Científico de Venezuela* (1857) y *Escuela Médica* (1874). Cabe destacar que sí se trata el tema de las enfermedades epidémicas en los textos de la historia general de Venezuela publicados en el siglo XIX, específicamente en la *Historia de la conquista y población de la Provincia de Venezuela* de José de Oviedo y Baños, obra reproducida en el

⁴Vale la pena mencionar las publicaciones de los organismos gubernamentales encargados de la salud pública desde 1911 a 1936. Según Archila (1956:361), entre 1911 y 1917 circuló el *Informe Mensual Sanitario y Demográfico de la Oficina de Sanidad Nacional*. La *Oficina de Sanidad Nacional* fue el organismo creado para velar por la salud pública a partir de 1911, un verdadero hito en la historia de la salud pública de Venezuela. En 1918, el *Informe Mensual Sanitario y Demográfico de la Oficina de Sanidad Nacional* pasó a ser el *Boletín de la Oficina Nacional de Sanidad* y de 1919 a 1922 *Anales de la Sanidad Nacional*. Con la creación en 1933 del *Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría*, el cual reemplazó a la *Oficina de Sanidad Nacional*, apareció el primer número del *Boletín del Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría*, órgano divulgativo que se publicaría hasta el fraccionamiento de dicho ministerio en 1936. A partir de este año se crea el *Ministerio de Sanidad y Asistencia Social* y la *Revista de Sanidad y Asistencia Social* se convirtió en su órgano divulgativo oficial. Debe también destacarse que las Convenciones sobre paludismo y anquilostomiasis, celebradas en 1930 y 1931 respectivamente, tuvieron su propio órgano publicitario, en este caso la *Revista de la Conferencia Sanitaria Nacional* (Archila, 1956:361).

año 1940 por Paul Adams (Adams, 1940). Desde sus comienzos, la *Gaceta Médica de Caracas* ha publicado artículos sobre enfermedades infecciosas y de gran relevancia para la epidemiología histórica de Venezuela, en particular el paludismo (Rísquez, 1893; Carvallo, 1902; Carvallo, 1902; Carvallo, 1902; Carvallo, 1902; Carvallo, 1902; Carvallo, 1902; Carvallo, 1902; Rísquez y Velásquez, 1912; Rísquez y Velásquez, 1912; Rísquez y Velásquez, 1912; Núñez Tovar, 1912; Barreto Méndez, 1921; Medina Jiménez, 1921; Pérez Carreño, 1921; Hill, 1928; Rísquez, 1936; Torrealba, 1943; Romero et al., 1972; Villalobos Capriles, 1982), la tuberculosis (Anónimo, 1893; Rísquez, 1902; Villegas Ruiz, 1926; De Rivas, 1929; Peña, 1934; Rísquez, 1936; Herrera Vegas, 1937; González Rincones, 1945, Príncipe, 1955), la anquilostomiasis (Ayala et al., 1907; Tejera, 1914; Chacín Itriago, 1920; Hill, 1929), la sífilis (Rísquez, 1893; Blanco, 1911; Anduiza, 1926; Peña, 1934; Carbonell, 1935), miocarditis (Dominici 1935; Dominici, 1944) y el Mal de Chagas (Torrealba, 1949). Durante su trayectoria, la *Gaceta Médica de Caracas* también ha publicado artículos sobre la mortalidad general e infantil (Ayala, 1904; Villegas Ruiz, 1921; Acosta Delgado, 1922; Sánchez Becerra, 1937; Machado, 1950; Medina González, 1994; Montbrun, 1998) y así como también artículos que tratan sobre la mortalidad por causas no infecciosas (De Milita, 1921; Gómez Padrón y Villalobos, 1955; Vélez Boza, 1961; Briceño, 1991; Méndez Castellano, 1996; Avilán Rovira, 1997; Avilán Rovira, 2001; Ravelo Celis, 2001; Orta Cabrera, 2002). En lo que se refiere a la mortalidad general e infantil de Venezuela, se destaca en particular el detallado análisis de estas variables llevado a cabo por Avilán Rovira para el período 1940-1995 (Avilán Rovira, 1998). Son también de gran relevancia y utilidad los trabajos publicados en la *Gaceta Médica de Caracas* sobre la geografía médica de varias regiones de Venezuela, siendo de particular relevancia para esta tesis doctoral los trabajos del Dr. Héctor Landaeta Payares sobre la geografía médica del Estado Guárico (Rísquez, 1921; Bello, 1923; Bello 1923; Landaeta, 1923; Landaeta, 1923; Rísquez, 1925; De Milita, 1928; Zúñiga Cisneros, 1955). Por otro lado, a partir de la década de los 50 y tal vez como evidencia de los enormes avances en materia epidemiológica y sanitaria, se comienza a prestar más atención a otros factores que jugaban un papel de importancia en la mortalidad, en particular la nutrición, el alcoholismo y los accidentes de tránsito (Vélez Boza et al., 1965; Granier-Doyeux, 1961; Jacir, 1974; Avilán Rovira, 1997). Por último, han sido escasísimas las publicaciones sobre el tema de los diagnósticos de defunción en Venezuela. Se consiguen unos pocos escritos donde se hace hincapié en la necesidad de recabar datos para mejorar los conocimientos de la nosología de la nación (Gómez, 1911; Rísquez, 1937) y más recientemente se trata el tema de la calidad de la certificación médica de defunción (Avilán Rovira, 1994).

Por otra parte, con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936 se inicia en Venezuela una agresiva campaña contra las enfermedades infecciosas, lo que eventualmente condujo a una marcada reducción de la mortalidad a consecuencia de las mismas, destacándose en particular la lucha contra el paludismo, la viruela y la tuberculosis (Archila, 1956:410). Como se expuso anteriormente, a partir de 1936 la *Revista de Sanidad y Asistencia Social* se convirtió en el órgano divulgativo del *Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*. Como tal, se plasmó en esta revista un gran número de actividades llevadas a cabo por el ministerio, más notablemente los resultados de investigaciones de índole epidemiológica llevadas a cabo a lo largo y ancho de Venezuela y otros temas afines. En particular destacan las publicaciones que tratan sobre la epidemiología de la tuberculosis y la mortalidad a causa de ella (Baldó et al., 1940; Bengoa, 1940; Pardo, 1941; González Rincones, 1944; Diez Fernández et al., 1951). Otras temas relacionados con las enfermedades infecciosas también recibieron cobertura, sobresaliendo el trabajo de Benarroch sobre el mosquito *Anopheles Darlingi* (Mejía, 1942; Benarroch, 1950; Pifano et al., 1960). También se prestó atención en la *Revista de Sanidad y Asistencia Social* a las enfermedades no infecciosas como las del corazón y el cáncer (Jaffe, 1943). La mortalidad infantil también recibió gran cobertura, sobre todo las causas congénitas y factores sociales que influían en ella. Al mismo tiempo, los estudios de mortalidad infantil se extendieron a áreas geográficas previamente marginadas (Rodríguez, 1940; Orellana, 1942; Oropeza, 1960; Oropeza, 1960; Purroy Terán, 1961; Sauerteig y Vavken, 1961). Por otro lado, las publicaciones de la *Revista de Sanidad y Asistencia Social* no ignoraron los enormes logros y avances en materia sanitaria entre 1936 y 1961, en particular las campañas antimaláricas y antituberculosas (Lares Gabaldón et al, 1941; Gabaldón, 1944; Gabaldón, 1948; Berti et al., 1960; Valladares, 1960;). También, algunos de estos escritos hasta señalaron la gestación de una transición epidemiológica (Arreaza Guzmán, 1961). Por último, apenas se trató el tema de la estadística vital en esta revista, encontrándose un artículo que tuvo que ver con la nueva clasificación estadística internacional de enfermedades, lesiones y causas de muerte que se puso en vigencia en 1950 (Curiel, 1951). Debe destacarse, que sí se publicó un artículo sobre el certificado de defunción en el *Boletín del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, nombre que muy brevemente se le dio a la *Revista de Sanidad y Asistencia Social* en sus comienzos. El artículo fue escrito por Ricardo de Shelley Hernández, quien estaba a cargo de Estadística Vital a finales de la década de 1930 (Shelley Hernández, 1936).

Gracias en gran parte a los enormes recursos petroleros, a partir de 1936 el gobierno venezolano dedicó una buena parte de su presupuesto a los problemas sanitarios⁵. Entre otras cosas, esto permitió la capacitación de personal en la rama de salud pública en el extranjero, sobre todo en los Estados Unidos, específicamente en la aclamada Escuela de Salud Pública de la Universidad John Hopkins en Baltimore, Estado de Maryland, y en algunos países europeos, según se desprende de las microbiografías de algunos notables sanitaristas e incluidas por Archila en su *Historia de sanidad en Venezuela* (Archila, 1956:413-440).

La capacitación de personal en la rama de salud pública indudablemente que impulsó la investigación científica en Venezuela y junto a los éxitos logrados en la lucha contra las enfermedades infecciosas posiblemente colocó al país a la cabeza de las naciones latinoamericanas en materia sanitaria. Esto probablemente posibilitó la celebración de la *XII Conferencia Sanitaria Panamericana* en suelo venezolano, específicamente en Caracas en septiembre de 1946. En dicha conferencia se presentaron numerosos trabajos de investigación, los cuales fueron publicados en los *Cuadernos Amarillos* en el lapso 1946-1947. Estos cuadernos contienen un total de 30 trabajos y muchos de ellos son de gran relevancia para esta tesis por cuanto presentan una visión muy clara del cuadro epidemiológico venezolano casi a mitad del siglo XX. Se destacan en los cuadernos las investigaciones sobre enfermedades infecciosas tales como paludismo, tuberculosis, difteria, fiebre tifoidea, anquilostomiasis, sífilis y el Mal de Chagas (Baldo y Delgado Blanco, 1946; Cova, 1946; Curiel et al., 1946; Mateo Alonso, 1946; Mayer et al., 1946; Nieto Caicedo, 1946; Osuna, 1946; Pardo Gayoso, 1946; Sánchez Pérez, 1946; Wannoni, 1946; Benaim Pinto, 1947). Los *Cuadernos Amarillos* también incluyen dos notables trabajos sobre la geografía médica de los estados Cojedes, contiguo al Estado Guárico, y el estado Zulia en el oeste venezolano (Archila, 1946; Alegría, 1946).

⁵El presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social para el año fiscal 1936-1937 fue de Bs. 12.140.810, equivalente al 5,7% del presupuesto de la nación. Para el año fiscal 1956-1957, el presupuesto alcanzó la cantidad de Bs. 184.118.768, lo que representó un 6,9% del presupuesto total de Venezuela (Archila, 1956:351).

Por último, un extenso trabajo sobre la mortalidad infantil en la ciudad de Caracas durante período 1939-1942 (Oropeza et al., 1946) fue incluido en los cuadernos, al igual que tres trabajos sobre importantes aspectos de la medicina social en Venezuela, entre ellos la nutrición (Bengoa, 1946; Guevara, 1946; Jaffe, 1946). También se destaca durante la década de 1940, la revista *Unidad Sanitaria*. Fundada por Ricardo Archila en enero de 1942, dicha revista se convirtió en el órgano divulgativo la División de Unidades Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Su objetivo primordial fue el mejoramiento en la capacitación e ilustración del personal de Unidades Sanitarias (Archila, 1956:382). Aunque su orientación fue netamente administrativa, sobresalen en esta publicación los escritos sobre la mortalidad infantil en distintas localidades de Venezuela, los cuales son de obvia relevancia para la tesis doctoral que se propone (Barrera Moncada, 1944; González, 1944; Aguiar Nieto, 1945; Ramírez González, 1945; Gómez Padrón, 1950). Se encuentra también en esta revista el ya mencionado artículo donde se describe en gran detalle el tema de la certificación de la defunción y cubriendo la adopción por parte de Venezuela de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte* recomendada por la Organización Mundial de la Salud (Curiel, 1951). En lo que se refiere a la publicación *Tijeretazos Sobre Malaria*, esta revista, la cual se publicó desde 1938 hasta 1947 y estuvo exclusivamente dedicada a la malaria, inicialmente su circulación estuvo limitada al personal de la División de Malariología, pero eventualmente adquirió gran popularidad y también se distribuyó en el extranjero. En sus comienzos, la revista contenía especialmente traducciones de capítulos y artículos de obras en inglés y servía como vehículo educativo para el personal de la División. Luego se le agregaron extractos bibliográficos, algunos artículos originales e instrucciones y métodos de trabajos escritos por Arnoldo Gabaldón y sus colaboradores (Archila, 1956:392). Son de especial importancia para esta tesis doctoral, los artículos que tratan sobre la División de Malariología en plena década de 1940, las características y hábitat de los mosquitos causantes del paludismo y la mortalidad por malaria en Venezuela (Gabaldón y Cova García, 1946; Gabaldón y Cova García, 1946; Gabaldón y Cova García, 1946; Gabaldón, 1946; Gabaldón y Pérez, 1946).

Como se mencionó de antemano, algunos trabajos relacionados con la epidemiología histórica fueron publicados independientemente y quizás sean menos conocidos. Se cuenta entre estos, *Epidemias y Sanidad en Venezuela* de Plácido D. Rodríguez Rivero (Rodríguez Rivero, 1924). Esta obra presenta una descripción muy detallada de las principales epidemias que azotaron a Venezuela desde los tiempos coloniales, así como también las medidas sanitarias para contrarrestar dichas epidemias. Este trabajo también trata sobre la

campana de saneamiento de los Llanos emprendida en 1923 por el Gobierno Nacional y la cual tenía como objetivo el tratamiento del paludismo, la anquilostomiasis y la “epizootia de la derrengadera”. En la década de 1930 se destaca la obra de Eduardo Oxford titulada *Geografía Médica Del Yuruary y La Fiebre Amarilla en Upata* publicada en 1939 y la cual presenta un detallado perfil epidemiológico de una región de la Guayana venezolana (Oxford, 1939).

Otras obras notables y de carácter independiente se publican en las décadas de 1940 y 1950. Entre estas figuran las Ricardo Archila, tal vez el historiador médico de más renombre en Venezuela, quien llevó a cabo un estudio sobre la mortalidad infantil en ciertas áreas de Venezuela (Archila, 1944) y otro sobre la incidencia del paludismo en la región de Apure, en el sur de Venezuela (Archila, 1949). Este mismo autor publicaría, en 1956, la ya citada *Historia de la Sanidad en Venezuela*, obra de dos tomos que trata extensamente sobre la evolución de la salud pública en Venezuela, las instituciones y medidas sanitarias desde los tiempos coloniales, las varias enfermedades de naturaleza infecciosa que azotaron al país y los logros en materia sanitaria. Hasta el presente, esta es la obra más completa en lo que se refiere a la historia de la salud pública en Venezuela. También se recoge en la literatura de la década de 1940, un estudio sobre la mortalidad infantil en Caracas desde 1938 a 1942 y el papel jugado por las diarreas y enteritis. (Oropeza e Irazábal., 1944). En la década de los 50 se recoge un estudio elaborado por Darío Curiel y Elena de Ochoa sobre la mortalidad por gastroenteritis en Venezuela. En el estudio se analizaron más de 7.000 partidas de defunción para el período 1950-1954, encontrándose que, aunque se utilizaron distintas expresiones para describir la causa de defunción, en la mayoría de los casos, la causa de muerte fue efectivamente gastroenteritis (Curiel y Ochoa, 1959).

En la década 1960, es obligatorio mencionar primeramente la obra *Una Política Sanitaria* (2 tomos), escrita por Arnoldo Gabaldón, artífice principal en la erradicación del paludismo en Venezuela. En esta obra Gabaldón relata sus experiencias como Ministro de Sanidad y Asistencia Social durante el período 1959-1964. La misma es de gran importancia para esta tesis doctoral por cuanto en ella se provee importantes detalles sobre el panorama epidemiológico y sanitario venezolano, antes y durante el lapso 1959-1961. Cabe destacar que existe una muy nutrida bibliografía que trata específicamente sobre Gabaldón, su campaña antimalárica y otros temas afines, destacándose sólo algunas de las más notables en este apartado (Gottberg, 1987; López Ramírez, 1987; López Ramírez, 1994; Berti, 1997; Gutiérrez, 1998). Deben mencionarse durante esta década otros dos trabajos relacionados con la medicina social, además del ya mencionado trabajo de José María Bengoa y

Lezcana, específicamente la obra de Gabriel Briceño Romero titulada *La Socialización de la Medicina en Venezuela* (Briceño Romero, 1963) y la de Abel Mejía titulada *Trabajo de Medicina Social Venezolana* (Mejía, 1960). También en esta década aparecen algunos trabajos de naturaleza epidemiológica y que enfocan a localidades rurales, siendo los más notables los de Luis Dao, quien presenta un relato tanto de sus experiencias con enfermedades tropicales como ginecológicas y quirúrgicas en varias localidades del oeste venezolano (Dao, 1961; Dao, 1965). En la década de 1970 aparece una tesis doctoral realizada en la Universidad Texas A&M (EE.UU) por Fernando Álvarez Bernal sobre la distribución geográfica de las enfermedades isquémicas del corazón en una región de los Andes venezolanos (Álvarez Bernal, 1979). También se destaca en esta década, el estudio de Bidegain Greising sobre la evolución del nivel y causas de mortalidad en Venezuela durante el período 1958-1978 (Bidegain Greising, 1979) y un estudio sobre la población venezolana llevado a cabo por el Centro de Investigaciones Económicas de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia y publicado por el Comité Internacional de Coordinación de Investigaciones Nacionales en Demografía (CICRED, 1974).

En la década de 1980 aparece otra tesis doctoral también realizada en Estados Unidos, específicamente en la Universidad John Hopkins, la cual trata sobre el Mal de Chagas y la miocardiopatía también en una región de los Andes venezolanos. Esta tesis, la cual fue realizada por Darío Novoa Montero, parece tener una orientación hacia la epidemiología histórica analítica (Nova Montero, 1983). Se destaca también en esta década, un estudio sobre el aborto y las repercusiones negativas que el mismo ha tenido en la salud pública de Venezuela (Pacheco Hellal, 1986). Por último, sobresale un estudio publicado por Ronald Evans y titulado *Control de las enfermedades infecciosas y descenso de la mortalidad en Venezuela* (Evans, 1985).

En la última década del siglo XX, aparece un estudio sobre la lepra en Venezuela, tema generalmente relegado en la historiografía venezolana (Zulueta, 1994). También aparece durante este período una obra sobre la historia de la salud en Venezuela, la cual fue recopilada por Germán Yépez Colmenares (Yépez Colmenares, 1998). La obra es en realidad una colección de artículos sobre variados temas de la historia de la salud en Venezuela, tanto en el período colonial como en el republicano, entre ellos la ingeniería sanitaria, las Conferencias Sanitarias de la década de los 30 y de manera muy limitada un tema sobre la demografía histórica en el Estado Carabobo. Por último, en década del 2000, aparece un trabajo sobre la Gripe de 1918 en la ciudad de Caracas, donde se analiza tanto la

incidencia y distribución del flagelo como las medidas sanitarias tomadas por el régimen de Juan Vicente Gómez (Dávila, 2000).

En resumen, la epidemiología histórica no figura como una disciplina independiente en la historiografía venezolana. La revisión de la literatura no revela ningún trabajo donde se utilice la terminología específica “epidemiología histórica”. Los estudios que se pueden clasificar como pertenecientes a la epidemiología histórica no se identifican como tal y son generalmente enmarcados dentro de una más amplia disciplina, como lo es en este caso la historia de la salud pública. Ésta a la vez tiende a ceder paso a la aún más amplia y generalizada historia de la medicina. En cuanto a la variable mortalidad, queda claro que un gran número de estudios se han llevado a cabo que, de una manera u otra, han analizado esta variable en varias regiones de Venezuela. Muchos de estos estudios tratan sobre la mortalidad infantil y fueron realizados en las décadas de los 40 y 50 del siglo pasado, época de gran preocupación por los problemas sanitarios de Venezuela. Con pocas excepciones, sin embargo, los estudios de mortalidad realizados fueron de corta duración y no siempre analizaron la variable mortalidad y los factores contribuyentes y/o determinantes en su gran magnitud. Por otro lado, los pocos estudios de mayor longitud que se efectuaron, no parecen haber enfocado lo suficientemente los niveles regionales y locales y tampoco utilizaron un variado número de fuentes. Son estas consideraciones lo que brinda a la tesis que se propone un carácter único, por lo que se pretende que la misma será una gran aportación a la historiografía de la epidemiología histórica en Venezuela, lo que podría significar un pequeño paso en intentar subsanar los problemas de atención y reconocimiento a esta disciplina por parte de los estudiosos, no sólo venezolanos sino también extranjeros.

2.3. Hipótesis de trabajo

Basado en la literatura existente sobre el tema a tratar, se formularán las siguientes hipótesis de trabajo:

- El perfil epidemiológico observado en Valle de la Pascua durante el período 1893-1961 exhibirá una paulatina transición de causa de muerte por enfermedades infecciosas a causa de muerte por enfermedades degenerativas y causadas por el hombre, principalmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

- Durante la transición epidemiológica observada en Valle de la Pascua, los grupos de edad más jóvenes registrarán el mayor descenso en los porcentajes de la mortalidad general.
- El perfil epidemiológico observado en Valle de la Pascua se asemejará al de toda Venezuela y ambos presentarán las características del *Modelo Tardío* propuesto por Omran.
- La continua evolución de los conocimientos médicos en Venezuela durante el período 1893-1961 influirá paulatinamente en el uso de las expresiones diagnósticas de la causa de muerte, conllevando al uso de nuevas y más complejas expresiones para describir la misma.

2.4. Objetivos generales y específicos

Como se expresó con anterioridad, el estudio de la mortalidad que comprende esta tesis doctoral se centrará en Valle de la Pascua, Estado Guárico, durante el período comprendido entre 1845 y 1961. Dicho estudio, el cual es de tipo descriptivo, se llevará a cabo dentro de las perspectivas de la epidemiología histórica. Tres objetivos generales formarán parte de esta tesis. Primero, y adhiriéndose al marco teórico de la epidemiología histórica, se estudiará la frecuencia y distribución de la mortalidad general e infantil en Valle de la Pascua durante el período histórico 1845-1961. La frecuencia y distribución de la mortalidad general e infantil se medirá en función las causas de muerte, lugar de defunción (espacio urbano o rural), estacionalidad, y las variables demográficas sexo y edad. También, se analizará la evolución de la mortalidad general e infantil conjuntamente con los factores socioeconómicos, políticos, culturales, médico-sanitarios y tecnológicos que, de una manera u otra, jugaron un papel en la dinámica de las mismas. Por último, también se determinará si hubo crisis demográficas y de ser así se analizarán sus causas. Segundo, se llevará a cabo un análisis semántico-documental de las expresiones diagnósticas de las causas de muerte para determinar la evolución, pervivencia o desuso de las mismas a lo largo del período 1893-1961. Tercero, se determinará cuál fue el perfil epidemiológico de Valle de la Pascua a lo largo del período 1845-1961 y se realizará una comparación con el perfil epidemiológico de toda Venezuela durante el mismo período. Por último, se determinará hasta qué punto los perfiles epidemiológicos de Valle de la Pascua y Venezuela

se adhirieron a los conceptos enmarcados dentro de la *Teoría de la Transición Epidemiológica* propuesta por Omran, específicamente si se adhirieron al *Modelo Tardío*.

Dados los objetivos generales, los objetivos específicos de la tesis son los siguientes:

- Describir de manera abreviada y en términos generales la Venezuela del período 1845-1961
- Describir el perfil epidemiológico y tendencias de la mortalidad en la Venezuela del período 1845-1961
- Describir el marco médico-sanitario de la Venezuela del período 1845-1961
- Describir de manera abreviada y en términos generales el registro parroquial, el registro civil y la estadística vital en la Venezuela del período 1845-1961
- Describir el marco demográfico, el marco político, el marco económico, el marco sociocultural y la infraestructura sanitaria de Valle de la Pascua durante el período 1845-1961. Se incluye dentro de la cobertura de la infraestructura sanitaria una descripción del funcionamiento del Hospital Guasco durante las décadas de 1950 y 1960.
- Describir la mortalidad general en Valle de la Pascua durante el período 1845-1961 en términos de las causas de muerte (1893-1961) y las variables demográficas sexo y edad
- Describir y analizar la evolución de la mortalidad general en Valle de la Pascua durante el período 1845-1961
- Describir y analizar el patrón estacional de la mortalidad general en Valle de la Pascua durante el período 1845-1961
- Describir la mortalidad infantil en Valle de la Pascua durante el período 1888-1961 en términos de las causas de muerte (1893-1961) y las variables demográficas sexo y edad
- Describir y analizar la evolución de la mortalidad infantil en Valle de la Pascua durante el período 1888-1961
- Describir y analizar los factores influyentes en la mortalidad infantil de Valle de la Pascua
- Describir y analizar las crisis de mortalidad en Valle de la Pascua durante el período 1845-1961

- Describir y analizar la evolución de los diagnósticos de defunción emitidos por los médicos vallepascuenses a lo largo del período 1893-1961
- Describir y analizar la transición epidemiológica en Valle de la Pascua durante el período 1845-1961, con especial énfasis en lapso 1948-1961, y efectuar comparaciones con la transición epidemiológica de la Venezuela entera.

2.5. Justificación del estudio

Como se ha expuesto de antemano, durante el siglo XX en Venezuela se elaboraron estudios que se relacionan en cierto modo con la epidemiología histórica, pero queda claro que todavía existen enormes vacíos historiográficos, los cuales, hasta cierto punto, esta tesis doctoral pretende llenar. La realización de este estudio, por lo tanto, se justifica ampliamente por varias razones. Primero, los estudios de epidemiología histórica, de carácter descriptivo y longitudinal, donde la mortalidad se destaque como variable principal figuran escasamente en la historiografía venezolana. La necesidad de entender a fondo las estructura de la mortalidad en poblaciones de los llanos venezolanos, durante un período de enorme transición demográfica y epidemiológica, como lo fue la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, presenta a los historiadores un desafío que, hasta ahora, muy pocos han decidido encarar. En particular, es de gran interés describir y analizar la frecuencia y distribución de la mortalidad general e infantil causada por las enfermedades infecciosas y los factores influyentes y/o determinantes.

Segundo, la transición epidemiológica que se gestó en Venezuela en la década de 1940 es un fenómeno relativamente marginado en la historiografía del país, sobre todo a nivel local y regional. En esta tesis se propone dar un primer paso en subsanar, aunque parcialmente, la escasez de estudios relacionados con unos de los fenómenos más trascendentales de la historia contemporánea, como lo fue en este caso la transición de un patrón de mortalidad por enfermedades infecciosas a uno de mortalidad por enfermedades degenerativas y causadas por el hombre.

Tercero, el estudio de la evolución, pervivencia o desuso de las expresiones diagnósticas de la causa de muerte ayuda a entender la evolución de los sistemas de registro de estadística vital. Al mismo tiempo, dicho estudio también permite determinar cómo los conocimientos médicos evolucionaron durante un período crítico de la historia venezolana. Puesto que ambos temas han sido poco tratados en la historiografía venezolana o al menos sólo han

recibido una limitada cobertura, este estudio intenta aportar una pequeña contribución que se espera abrirá el camino a otras investigaciones sobre estos temas o temas afines.

En resumen, las razones expuestas otorgan un justificativo para emprender un estudio serio y riguroso, que combina la realidad local y regional con la nacional y que enriquecerá la literatura, no sólo de la epidemiología histórica de Venezuela, sino también la literatura de disciplinas afines como la demografía histórica, la historia social de la medicina, la historia de la salud pública y la historia de la población en esta nación sudamericana. Al mismo tiempo, se espera que este estudio despierte el interés de otros estudiosos dentro de los confines de estas disciplinas y que a larga contribuya al incremento del volumen historiográfico.

3. MATERIAL Y MÉTODO

En este capítulo se expondrá la metodología a seguir para la consecución del estudio de la mortalidad en Valle de la Pascua, Estado Guárico, durante el período 1845-1961. Primero, se presentará una descripción del tipo de estudio a realizar, con particular énfasis en sus bases epistemológicas. Segundo, se hará un recuento de las fuentes disponibles, las cuales incluyen tanto fuentes primarias como secundarias. Sobresalen entre las fuentes primarias, los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua, los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, los anuarios estadísticos de Venezuela, los anuarios de epidemiología y estadística vital de Venezuela, los censos poblacionales de Venezuela, las memorias y cuentas del Estado Guárico, la prensa local de Valle de la Pascua, la prensa regional del Estado Guárico y las fuentes orales. Entre las fuentes secundarias se destaca la literatura sobre los varios temas que trata esta tesis doctoral, a saber: conceptos y métodos de la investigación histórica; epidemiología histórica, demografía histórica y disciplinas afines; mortalidad en Venezuela; historia de la medicina y salud pública en Venezuela; e historia de Valle de la Pascua. Tercero, se presentarán los criterios para la clasificación de la causa de muerte, en este caso, la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) y la Clasificación Modificada de McKeown (CMM). Cuarto, se presentará una breve discusión de la metodología a seguir para llevar a cabo el análisis de la intensidad en Valle de la Pascua, en este caso el método de L. Del Panta y M. Livi-Bacci. Quinto, se presentará la metodología para el análisis semántico-documental de los diagnósticos de defunción, la cual consiste en ordenar alfabéticamente las causas de muerte y anotar tanto su frecuencia como su primer y último año de uso para así determinar su desuso o pervivencia a lo largo del período estudiado. Sexto, se presentará una concisa explicación de las variables demográficas y no demográficas a utilizar en esta tesis doctoral. Por último, el capítulo concluye con una discusión sobre la manera cómo se analizaron los datos recabados.

3.1. Tipo de estudio

El estudio de la mortalidad en prácticamente cualquier región del mundo presenta dificultades que el investigador, ya sea novicio o experimentado, tiene que estar preparado para afrontar y resolver exitosamente. Según Pérez Moreda, el estudio de la mortalidad se halla dificultado por las conocidas deficiencias en la documentación disponible. Además, se requiere aún un intenso esfuerzo para profundizar en aspectos como los de la incidencia de la mortalidad por edades y grupo social, la causalidad de las crisis, su análisis conceptual, sus conexiones con la realidad económica, su distribución geográfica y sus implicaciones

sociales (Pérez Moreda, 1988:21). Con estas consideraciones en mente, la presente tesis doctoral representa un estudio descriptivo y longitudinal de la mortalidad en la ciudad de Valle de la Pascua, Estado Guárico, Venezuela, en el período comprendido entre enero de 1845 y diciembre de 1961. El estudio se realizó primordialmente bajo las perspectivas de la epidemiología histórica, disciplina estrechamente ligada a la historia de la salud pública, la cual a la vez forma parte de un campo más amplio como lo es el de la historia de la medicina. También se tomaron en consideración las perspectivas de disciplinas afines a la epidemiología histórica como lo son la demografía histórica y la historia de la población.

El tema de investigación de esta tesis doctoral atiende a los tres criterios básicos delineados por Bernardo Ares y Calvo Cuenca. Específicamente, estos autores sostienen que el tema de investigación debe ser original, delimitado y relevante. Original en el sentido de que la investigación debe aportar conocimientos históricos *ex novo* o modificar en diverso grado los conocimientos ya adquiridos. Delimitado por el espacio y tiempo elegido y por el propio contenido que, aunque de naturaleza específica, no debe echar a un lado la estructura general de la realidad histórica. Relevante porque debe ser significativo tanto social como culturalmente (Bernardo Ares y Calvo Cuenca, 2005:39). Al mismo tiempo, esta tesis doctoral se adhiere a los conceptos expuestos por Aróstegui referentes a la investigación histórica. Específicamente, según este estudioso la investigación histórica parte de unos presupuestos o «estados de la cuestión» y debe ajustarse a la definición clara de problemas, la formulación de hipótesis, la construcción de los datos, la elaboración de explicaciones lo más consistentes posibles y la construcción de mecanismos para «probar» comparativamente la adecuación de sus explicaciones (Aróstegui, 2001:363).

Por otra parte, en la identificación de las fuentes del estudio se utilizará el método heurístico. Según Moradiellos, sólo puede hacerse historia y lograrse conocimiento histórico de aquellos hechos, acciones, sucesos y procesos pretéritos de los que se conservan señales en la actualidad. Por lo tanto, la primera tarea del historiador es determinar qué secciones de nuestra realidad constituyen una “reliquia”, un residuo legado del pasado, con el fin de proceder a utilizarlos en la construcción de su interpretación del pasado; un pasado histórico construido, fabricado, sobre la base de las reliquias, y que es gnoseológicamente distinto del pasado tal y como realmente fue. A través de un método heurístico, la primera tarea del historiador es descubrir, identificar y discriminar esos materiales como las reliquias, legados del pasado, que vendrán a constituir las pruebas sobre las que se levantará su relato, su construcción del pasado histórico. El historiador puede ejercer esa tarea de identificación de las reliquias porque es capaz de percibir esos

residuos materiales como fabricados por hombres pretéritos. Por esta razón, existe una homogeneidad entre historiador y el agente pretérito, es decir, las reliquias son restos de acciones realizadas por individuos como el historiador, dotados de un sistema de operaciones similares al suyo, capaces de pensar, planear, ejecutar, obrar, construir y destruir como el propio historiador que los estudia (Moradiellos, 1992:38-39). Sin lugar a dudas que las fuentes primarias utilizadas en este estudio, en particular los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, constituyen reliquias fundamentales sobre las que se basará el relato histórico que se pretende construir en esta tesis doctoral y sobre las que se pondrá en práctica, el método heurístico descrito por Moradiellos.

Por otra parte, esta tesis doctoral no pretende proveer una respuesta final a los problemas planteados por el fenómeno de la mortalidad en Valle de la Pascua durante el largo período histórico 1845-1961, por cuanto como lo estipula Edward H. Carr, la Historia es un proceso continuo de interacción entre el historiador y sus hechos, un diálogo sin fin entre el presente y el pasado (Carr, 2003:105). Al mismo tiempo, sin embargo, se espera que al adherirnos a una sólida metodología de investigación histórica, se aportará un trabajo de investigación reproducible por otros estudiosos y apto para establecer las comparaciones que se crean convenientes.

3.2. Las fuentes del estudio

La realización de este estudio se hizo posible gracias a la disponibilidad de fuentes archivísticas de índole eclesiástica (libros de entierro de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua) y de índole civil (libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico). Estas fuentes, aunque no enteramente óptimas, constituyeron la base fundamental para el estudio de la mortalidad en esta área de los llanos venezolanos, tratándose en todo momento de llevar a cabo dicho estudio en su debida magnitud y con rigor académico y científico. A continuación se proveen relevantes detalles sobre los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua (1845-1900) y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico (1893-1961), resaltando sus características y algunos de los obstáculos e inconvenientes encontrados al seleccionar la muestra de años utilizada en el estudio.

3.2.1. Los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua (1845-1900)

En este estudio se pudo contar con un significativo número de libros de entierros redactados por la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua durante el período 1845-1900. Estas fuentes no provinieron precisamente de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua sino de *Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días* (Iglesia Mormona), entidad religiosa hoy día presente en Venezuela y la cual se ha dado a la tarea de recopilar estas valiosas fuentes eclesiásticas con la aparente finalidad de reconstruir el árbol genealógico de muchos de sus miembros. Al parecer y puesto que la Iglesia Mormona cuenta con mejores maneras de organizar este tipo de documentación, la Iglesia Parroquial ha accedido a que los registros parroquiales sean grabados en microfilm por la Iglesia Mormona, la cual mantiene copias de dichos registros tanto en su sede de Valle de la Pascua como en su sede principal de Caracas. La Iglesia Mormona de Valle de la Pascua nos permitió el acceso directo a todos los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua acumulados en su inventario. Para facilitar el manejo de los datos, se le tomó foto a cada una de las páginas de los años seleccionados durante el período 1845-1900. Este proceso se llevó a cabo entre abril de 2009 y agosto de 2010. Cabe destacar que se cuenta con libros de entierros a partir de 1841, pero los registros para los años comprendidos entre este año y 1844, acusan un gran deterioro y muchas de las páginas aparecen totalmente ilegibles. Esto nos obligó a descartar estos años y se comenzó en el año 1845. Por otra parte, no se encontraron todos los años del período 1845-1900.

La muestra de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua consistió de un total de 1.865 defunciones ocurridas durante el período 1845-1900, específicamente en los años 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1861, 1871, 1873, 1876, 1881, 1888, 1894, 1898 y 1900. El proceso de selección de dicha muestra fue la siguiente: Se procuró por todos los medios posibles incluir un libro de entierros completo por cada década. Por libro completo se entiende aquellos libros que durante todo el año no presentaron aparentes omisiones, por ejemplo, la falta de un mes sin explicación alguna o un significativo número de partidas extraviadas para un determinado mes. El año 1851 (ver fotos del libro de entierros más abajo en las figuras 1, 2 y 3) representa un ejemplo del criterio usado. También se intentó en todo lo posible incluir los años censales de 1873, 1881 y 1891, consiguiéndose los libros de entierros para los dos primeros pero no para el último. En definitiva, la muestra consiste de los 17 años ya mencionados y para los cuales se pudieron obtener todas las defunciones asentadas en los libros de entierros. No se sabe con exactitud el tamaño de la población estadística durante el período 1845-1900. Sin embargo, si se

divide el número de defunciones de la muestra por el número de años de la misma, es decir, 1.865 entre 17, se obtiene un promedio de 109,7 defunciones por año, cifra que, al interpolarse para los 55 años del período 1845-1900, arroja una población estadística de aproximadamente 6.033 defunciones.

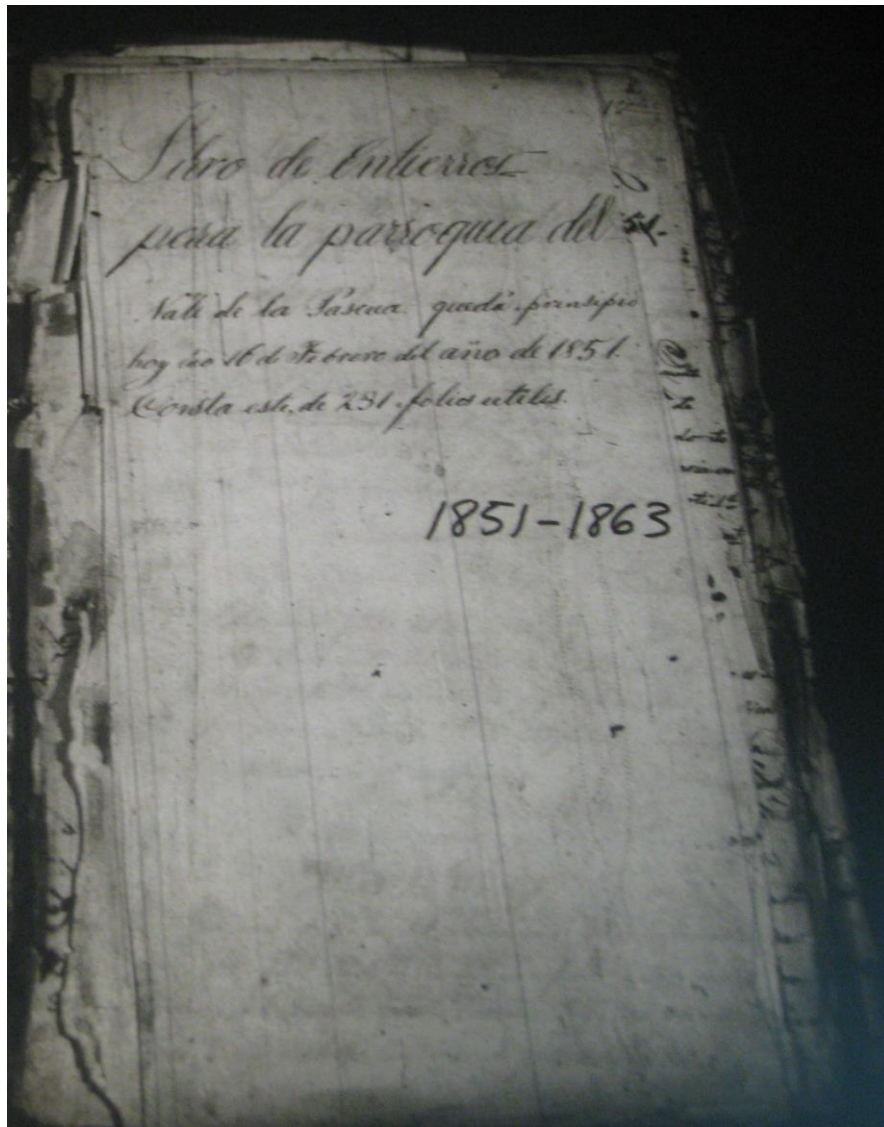


Figura 1. Libro de entierros del año 1851.



Figura 2. Defunciones registradas en el libro de entierros de 1851 para los meses de abril, mayo, junio y julio.



Figura 3. Defunciones registradas en el libro de entierros de 1851 para los meses de agosto, septiembre y diciembre.

Es importante mencionar que los libros de entierros de la Iglesia Parroquial no contienen la causa de muerte para ninguno de los años incluidos en la muestra. Sin embargo, como se verá más adelante, sí se pudieron extraer las variables mes de defunción, sexo, edad categórica y numérica. Aunque la ausencia de la variable causa de muerte indudablemente no permitió un análisis más completo de la mortalidad durante el período 1845-1900, las variables sí encontradas nos permitieron construir un perfil epidemiológico que, aunque parcial, nunca antes había sido elaborado para la ciudad de Valle de la Pascua. Al mismo tiempo, también se logró combinar la muestra del Iglesia Parroquial con la del Registro Civil, lo cual permitió un análisis de la estacionalidad de la mortalidad durante el período 1845-1961.

Por último, también debe mencionarse que se consideró utilizar los libros de bautizos de la Iglesia Parroquial como fuente para obtener el número de nacimientos por año y para cada año del período 1845-1900 presente en la muestra. Sin embargo, se desistió de esta idea una vez sabido que muchos de los nacimientos asentados en los libros de bautizos no ocurrieron en el año en que se anotaron, debiéndose esta situación tal vez a la desidia de los padres o la falta de fondos para bautizar a los recién nacidos. En cualquier caso, los libros de bautizos ofrecen poca fiabilidad en lo referente a la cifra anual de nacimientos y por ello se excluyeron de este estudio.

3.2.2. Los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico (1893-1961)

Las partidas de defunción para el período 1893-1961 provinieron de los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, entidad que se ha encargado de la preparación y tenencia de dichos libros desde las últimas décadas del siglo XIX. Para lograr acceder a los libros de defunción se obtuvo autorización por escrito del alcalde de Valle de la Pascua, el señor Valmore Rodríguez. Dicha autorización fue presentada al Director del Registro, quien cortésmente nos brindó todas las facilidades para poder efectuar una revisión cabal de los libros de defunción. La revisión de las partidas de defunción en el Registro Civil del Distrito Infante fue un arduo proceso, el cual se inició en diciembre de 2006 y se extendió de manera intermitente hasta febrero de 2010. En parte, el proceso de recolección de datos se alargó más de lo esperado debido a que el autor de esta tesis no reside de continuo en Valle de la Pascua

En cuanto al inventario de partidas de defunción disponibles, primeramente debe mencionarse que no se sabe a ciencia cierta cuándo el Registro Civil del Distrito Infante

comenzó a redactar partidas de defunción. Dado que el primer año para el que se encontró un libro de defunción fue 1893, se podría inferir que la elaboración de partidas de defunción por parte de las autoridades del Distrito Infante probablemente se inició en alguna fecha comprendida entre los años 1873 y 1893. Por otra parte, desafortunadamente el Registro Civil del Distrito Infante no cuenta con todos los libros de defunción que presumiblemente se redactaron durante el período 1893-1961. Específicamente, no se pudieron localizar libros de defunción para los años 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1902, 1903, 1904 y 1936. Además, muchos de los años para los cuales sí se encontraron libros de defunción, no contienen todas las defunciones. De acuerdo a nuestras conversaciones con el personal del Registro Civil del Distrito Infante, los libros de defunción no encontrados probablemente fueron extraviados debido a las varias mudanzas efectuadas por el Registro Civil a lo largo de los años. Se pudo determinar que aparentemente existen copias por duplicado de cada uno de los libros de defunción y dichas copias se encuentran almacenadas en el Registro Estatal del Estado Guárico, con sede en San Juan de los Morros, capital de dicho estado. Sin embargo, por razones de logística no se indagó acerca de la existencia o no de estos libros de defunción en duplicado.

Por otro lado, muchos de los libros de defunción encontrados se encuentran en mal estado y para evitar un mayor deterioro debido al constante hojear, se consideró prudente fotocopiarlos y en algunos casos fotografiarlos. En este estudio también se utilizaron los libros de nacimientos del Registro Civil, pudiéndose encontrar certificaciones por parte del Jefe Civil de la cifra anual de nacimientos para los años 1899, 1901, 1907, 1910, 1911, 1913, 1916, 1918, 1919, 1920, 1921, 1924, 1925, 1928, 1931, 1932, 1934 y 1937. Debe mencionarse que los libros de nacimientos acusan un mayor deterioro y según el personal del Registro, esto ocurre por cuanto muy a menudo se reciben solicitudes de partidas de nacimientos, lo cual requiere un constante hojear que ocasiona el desgaste de los libros.

En cuanto a la muestra del Registro Civil del Distrito Infante, el año 1893 representó el punto de partida puesto que fue el primer año disponible. Aunque es sabido que el Registro Civil en Venezuela empezó a funcionar como tal a partir de 1873, no se encontraron partidas de defunción elaboradas para el período 1873-1892. En total, se incluyeron en la muestra utilizada 43 de los 60 años para los cuales se contó con partidas de defunción. Para estos 43 años, los libros de defunción presentaron defunciones para todos los meses del año y con escasas omisiones. Debe agregarse que la mayoría de los libros de defunción incluidos en este estudio contaron con la certificación de la cifra de defunciones por parte del Jefe Civil o Prefecto del Distrito Infante. Esta certificación generalmente era incluida en

la última página del libro de defunción e incluía la firma del mencionado Jefe Civil o Prefecto. Un ejemplo de esta certificación, para el año 1912, junto con los requisitos del Código Civil en referencia a las partidas de defunción, se presenta más abajo (ver figuras 4,5, y 6). También se incluyen un ejemplo de la certificación del Prefecto del Distrito Infante para el año 1948 junto con la página del *Anuario Estadístico de Venezuela* del año 1948, donde aparece la cifra de defunciones (203) ocurridas en Valle de la Pascua durante ese año (ver figuras 7 y 8). Los años incluidos en la muestra fueron los siguientes: 1893, 1901, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1920, 1925, 1928, 1930, 1931, 1932, 1933, 1935, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1944, 1945, 1947, 1948, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960 y 1961.

REGISTRO

De las partidas de defunción en el año de 1912

— 6 —

En la ciudad de La Pasqua hoy treinta y uno de Diciembre de mil no-
vecientos once yo José Luis López Araya alio el presen-
te libro que servirá para extender las ^{*}partidas de Defunción en la parroquia
de La Pasqua y en cumplimiento de lo que or-
dena la ley de Registro del Estado Civil, inserto aquí sus disposiciones:

SECCION 42

DE LAS PARTIDAS DE DEFUNCION

Art. 431. El único requisito que se necesita para la inhumación es la orden de la primera autoridad civil de la parroquia, y los encargados de los cementerios, en ningún caso podrán dejar de cumplir dicha orden.

Aquella autoridad no la expedirá sin cerciorarse de la muerte.

La autorización se dará en papel común y sin retribución alguna.

La inhumación tendrá efecto veinte y cuatro horas después de la muerte, salvo los casos prescritos por reglamentos especiales.

Esta disposición comprende tanto los cementerios públicos como los particulares, con tal que, respecto de los últimos, se hayan satisfecho los derechos fijados por los reglamentos especiales, aprobados por el Concejo Municipal del Departamento.

Art. 432. La partida de defunción contendrá el lugar, el día y la hora de la muerte: el nombre, apellido, edad, profesión y domicilio ó residencia del difunto: el nombre y apellido del cónyuge sobreviviente, si era casado, ó del cónyuge premuerto, si era viudo; y el nombre, apellido, edad, profesión y domicilio de la persona ó personas que dieron el aviso de la muerte. Si es posible, expresará también el nombre, apellido, profesión y domicilio del padre y de la madre del difunto, y el lugar del nacimiento de éste.

Art. 433. Si se ha sepultado un cadáver sin la autorización de la primera autoridad civil de la parroquia, no se extenderá la partida de defunción, sino después que se haya pronunciado sentencia por el tribunal de primera instancia, á solicitud de parte interesada ó de oficio. La sentencia se insertará en los registros civiles.

En los casos de muerte con imposibilidad de encontrar ó reconocer los cadáveres, la primera autoridad civil del lugar abrirá una actuación, haciendo constar el hecho y todas las circunstancias que con él se relacionan, y concluida, la transmitirá al Jefe de primera instancia, con cuya autorización se unirá la actuación al registro del estado civil.

Art. 434. Cuando hubiere signos ó indicios de muerte violenta ú otras circunstancias que den lugar á sospechas, la autoridad local, asistida de uno ó más facultativos, procederá á la inspección del cadáver y á la averiguación de cuanto pueda conducir al descubrimiento de la verdad, poniéndolo todo prontamente en noticia de la autoridad judicial, á quien corresponderá en este caso dar la licencia.

Figura 4. Requisitos legales del Código Civil para las partidas de defunción. Año 1912.

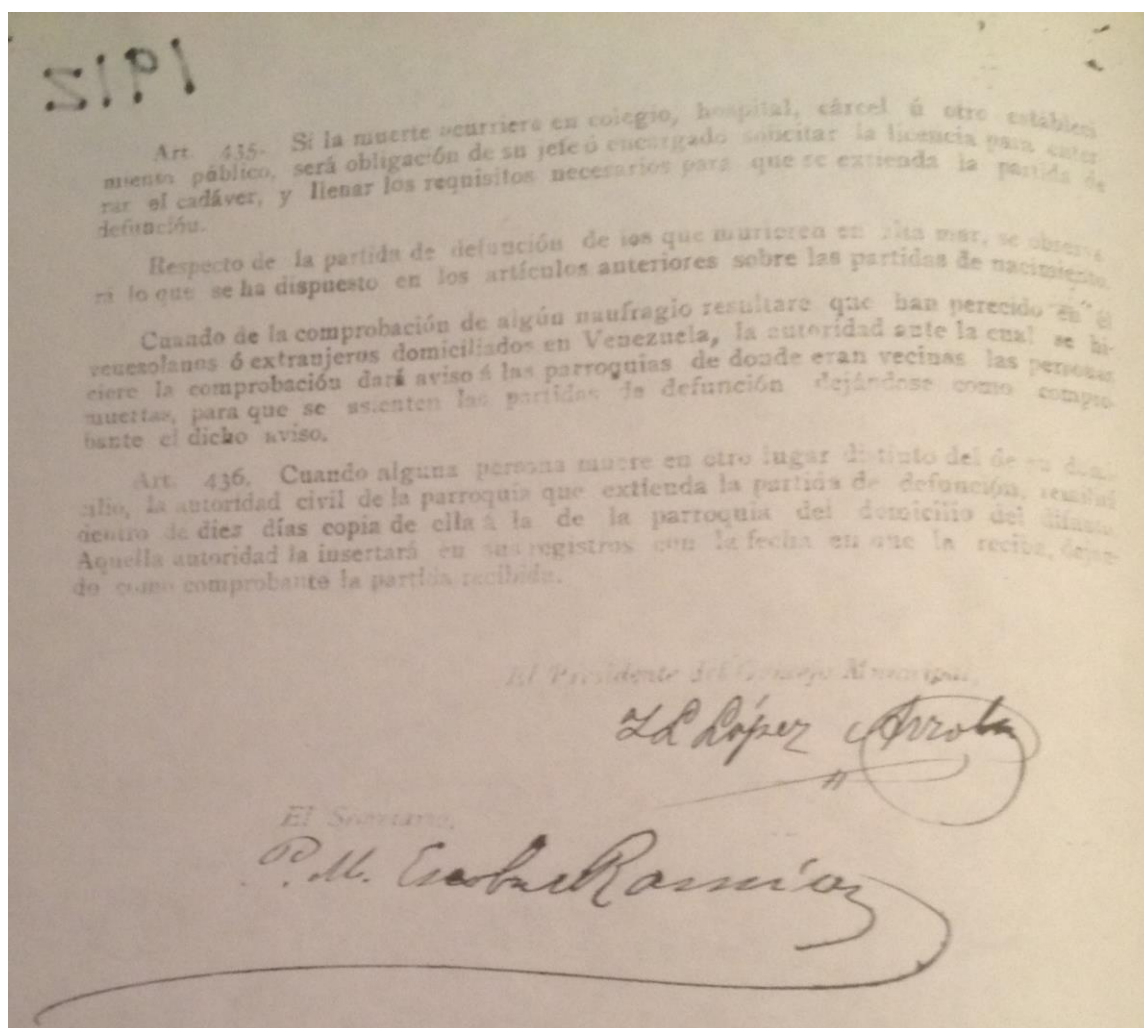


Figura 5. Continuación de los requisitos legales del Código Civil para las partidas de defunción. Año 1912.

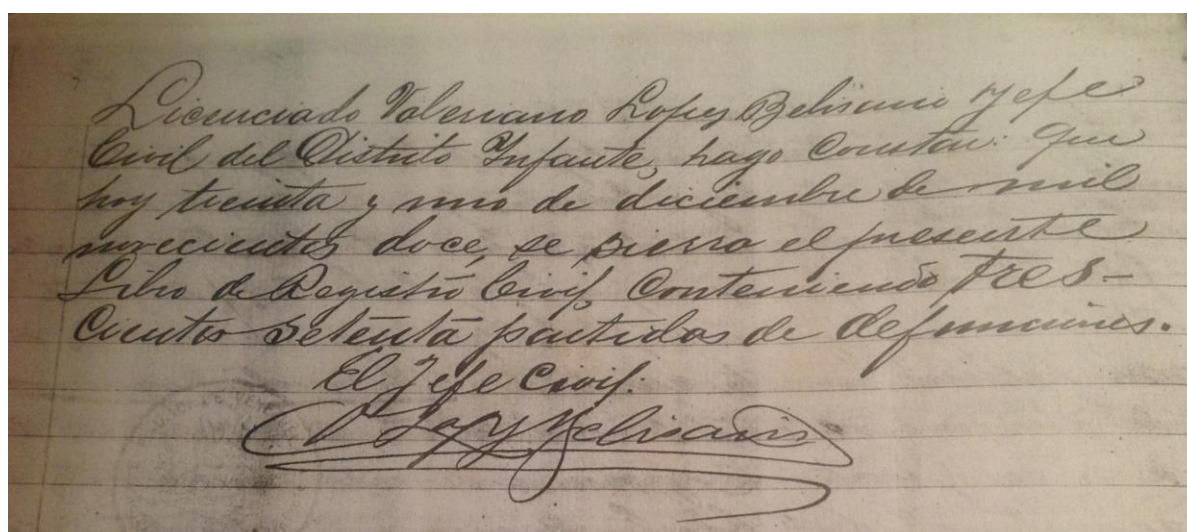


Figura 6. Certificación del número de defunciones (370) para el año 1912 por parte del Jefe Civil del Distrito Infante, Valeriano López Belisario.

Antonio Peraza Medina, Prefecto del Distrito Infante,
 hace constar: que hoy treintuno de diciembre mil nove-
 cientos cuarentiocho se cierra este Libro de Registro
 Civil de Defunciones, habiéndose insertado en
 el Doscientos tres actos de defunción.
 Valle de la Pasena, 31 de diciembre de 1948.

Prefecto,
 Antonio Peraza Medina

Secretario,
 Juan J. J.




Figura 7. Certificación del número de defunciones (203) para el año 1948 por parte del Prefecto del Distrito Infante, Antonio Peraza Medina.

DEMOGRAFIA

MOVIMIENTO DEMOGRAFICO DEL ESTADO GUARICO
REGISTRADO DURANTE EL AÑO 1948, ESPECIFICADO POR
DISTRITOS Y MUNICIPIOS

Cuadro N° 97

Entidades	Matrimonios	Nacimientos Registrados	Defunciones Registradas
ESTADO GUARICO	651	5.011	1.546
Distrito Infante	205	1.012	302
MUNICIPIOS:			
Cabruta	5	40	5
Chaguaramas	22	120	26
Espino	6	40	15
Las Mercedes	40	109	53
Valle de La Pascua	132	703	203
Distrito Mellado	24	206	78
MUNICIPIOS:			

Figura 8. Extracto tomado del Anuario Estadístico de Venezuela del año 1948 que muestra la cifra de defunciones (203) ocurridas en Valle de la Pascua durante ese mismo año.

Por otra parte, 1961 representó el último año de la muestra por dos razones fundamentales: Primero, ya para 1961 Venezuela se había puesto en marcha una transición epidemiológica que, aunque inacabada, mostraba una espectacular caída de la mortalidad por enfermedades infecciosas, gracias a la exitosa lucha contra el paludismo y hasta cierto punto la tuberculosis y las enfermedades parasitarias. Segundo, el año 1961 fue un año censal y las variadas estadísticas existentes para dicho año facilitan importantes comparaciones.

El estudio también contó con otras fuentes que, por ser originadas por entidades gubernamentales o por ser fuentes informativas de carácter social y cultural y no influenciadas por una determinada corriente historiográfica, se pueden clasificar como fuentes primarias. Estas incluyen los anuarios estadísticos de Venezuela, los anuarios de

epidemiología y estadística vital de Venezuela, los censos poblacionales de Venezuela, las memorias de cuentas del Estado Guárico, la prensa regional del Estado Guárico, la prensa local de Valle de la Pascua y las fuentes orales. A continuación se describe, aunque de manera breve, cada una de estas fuentes.

3.2.3. Los anuarios estadísticos de Venezuela (1877-1961)

El primer *Anuario Estadístico* fue publicado en 1877, durante la presidencia de Francisco Linares Alcántara, y su publicación continuaría, de manera inconsistente, hasta 1913. Sin embargo, al reorganizarse el Ministerio de Fomento en 1914, la Dirección de Estadística quedó relegada a una simple Sección de este ministerio, lo cual aparentemente afectó la producción de los anuarios (Rodríguez, 1972:211). Como resultado, entre 1914 y 1936, no se publicaron los anuarios, no siendo sino hasta 1940 cuando se resumiría la publicación de los mismos.

Los anuarios estadísticos constituyen una fuente idónea para el estudio de la demografía y epidemiología histórica venezolana. En particular, fueron de gran utilidad para este estudio las estadísticas de nacimientos y defunciones de Valle de la Pascua para el período 1939-1956. También, los anuarios estadísticos del período 1905-1912 contienen detallada información sobre la mortalidad en Venezuela por causa específica, lo cual permitió apreciar el panorama sanitario de la época y realizar comparaciones entre la mortalidad a nivel local y a nivel nacional. Los anuarios estadísticos de Venezuela se localizaron en la Biblioteca Nacional de Venezuela con sede en Caracas.

3.2.4. Los anuarios de epidemiología y estadística vital de Venezuela (1940-1961)

El *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital* fue la publicación de la Sección de Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la cual apareció por primera vez en 1938 bajo el nombre «*Relación Anual de la Sección de Estadística Vital*». Esta publicación, cuyo nombre se cambió a *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital* en 1940, constituyó el informe anual de la Sección de Estadística Vital y en él se recogieron datos de morbilidad, población, natalidad, mortinatalidad, mortalidad general y estudios hechos bajo los más diversos ángulos y encaminados a ayudar a los departamentos locales a orientar sus propios problemas y a dar un cuadro general del estado sanitario del país (Archila, 1956:90-91). Obviamente, dado su enfoque y contenido, los *Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital*, en particular los del período 1938-1961, representan una fuente fidedigna para la presente tesis doctoral. Es de particular interés la cuantiosa información relacionada con la causa específica de muerte en Venezuela para este período.

Dichos anuarios se pudieron localizar en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, casa de estudios con sede en la ciudad de Mérida, Estado Mérida, en el oeste de Venezuela.

3.2.5. Los censos poblacionales de Venezuela

El primer censo oficial de la población venezolana se realizó en noviembre de 1873. Entre ese año y 1961, se realizaron 8 censos, específicamente en los años 1881, 1891, 1920, 1926, 1936, 1941, 1950 y 1961. De los diferentes censos poblacionales se pudieron extraer importantes estadísticas de índole demográfica para Valle de la Pascua, las cuales fueron de gran utilidad, en particular, a la hora de calcular las diferentes tasas de mortalidad. Por igual, las estadísticas poblacionales para el Estado Guárico y Venezuela permitieron realizar las comparaciones de rigor. Debe mencionarse que la publicación del primer censo realizado en 1873 fue complementada con la edición de una serie de volúmenes titulados *Apuntes Estadísticos*, correspondientes a cada estado; entre 1875 y 1877 fueron publicados los de todos los estados, del Distrito Federal y de los territorios federales (Fundación Polar, 1988:120). Para los efectos de esta tesis doctoral, es de gran importancia «*Apuntes Estadísticos del Estado Guárico*», obra publicada en 1875, por cuanto nos permitió conocer amplios detalles de la historia socio-económica y demográfica del estado Guárico durante un período abarcado por el presente estudio. Al igual que los anuarios estadísticos, los censos poblacionales para los mencionados años se pudieron localizar en la Biblioteca Nacional de Venezuela con sede en Caracas.

3.2.6. Las memorias y cuentas del Estado Guárico (1939-1963)

En este estudio se contó con un buen número de las «Memorias y Cuentas» del Estado Guárico. En general, estos valiosos documentos presentan un resumen de las principales actividades llevadas a cabo durante un determinado año fiscal por varias entidades gubernamentales a nivel estatal. Fueron particularmente valiosas las «Memorias y Cuentas» del Estado Guárico para los años comprendidos entre 1938-1943, en particular por la variada información en materia sanitaria, mucha de ella relacionada con Valle de la Pascua. Estos documentos se pudieron encontrar en la biblioteca de la Universidad de Yale, localizada en New Haven, estado de Connecticut, Estados Unidos. También se pudieron obtener, en la Biblioteca Nacional de Venezuela, los *Mensajes de los Presidentes del Estado Guárico* para ciertos años del período 1940-1961. Dichos mensajes contienen, aunque de manera resumida, importante información sobre temas de índole socioeconómica y sanitaria relacionados con Valle de la Pascua. Finalmente, otro documento de gran

relevancia para esta tesis doctoral se localizó en la biblioteca de la Facultad de Leyes de la Universidad de Harvard, institución ubicada en Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos. El documento en cuestión se titula «*Recopilación de los Actos Oficiales Sancionados por el Concejo Municipal del Departamento Bravo en el Primer Trimestre del Año de 1877*». Este documento se considera de importancia porque contiene importantes detalles relacionados con la historia socioeconómica de Valle de la Pascua en la segunda mitad del siglo XIX, época en que esta ciudad formaba parte del Departamento Bravo.

3.2.7. La prensa de Valle de la Pascua y del Estado Guárico (1863-1946)

La búsqueda de fuentes periodísticas fue bastante productiva al encontrarse un buen número de periódicos publicados en Valle de la Pascua y otras ciudades del Estado Guárico durante el período 1863-1946. La gran mayoría de estos periódicos se encontraron en la Biblioteca Tulio Febres Cordero en la ciudad de Mérida, Estado Mérida. Sólo uno, El Ganadero, provino de otra fuente, en este caso, el historiador Felipe Hernández González. Los periódicos publicados en Valle de la Pascua (año de publicación en paréntesis) con los que se cuenta son los siguientes: Chilindrinas (1895); El Candil (1908); La Pluma (1908, 1910, 1923); La Pampa (1906, 1909, 1917, 1923); Unión y Progreso (1906-1907); La Luz del Santuario (1916); El Pensamiento (1912); El Anunciador (1923); La Idea (1923-1924); Lámparas (1924); Eco Regional (1923-1924); El Cóndor (1935), Labor (1932-1935) y El Ganadero (1945-1946). Los periódicos publicados en otras ciudades del Estado Guárico incluyen los siguientes: La Estrella del Guárico (Calabozo, 1863); Ecos del Orituco (Altagracia de Orituco, 1897); La Opinión del Guárico (Calabozo, 1904); Oriente de Guárico (Tucupido, 1910, 1912, 1915, 1921); El Lugareño (Tucupido, 1930). Muchos de estos periódicos resultaron ser de gran utilidad por cuanto proveen importantes detalles sobre la historia política, económica, socio-cultural y sanitaria de Valle de la Pascua.

3.2.8. Las fuentes orales

Puesto que la historia de Valle de la Pascua presenta extensas lagunas historiográficas, sobre todo durante el período gomecista, 1908-1935 y el lapso 1944-1961, se hizo uso de las fuentes orales en la medida en que las mismas estuvieron disponibles. Las fuentes orales no deben descartarse en un estudio de la historia contemporánea como el presente, aunque su fiabilidad debe siempre ser contrastada con otras fuentes (Alted Vigil y Sánchez Belén, 2006:174).

Fue muy valiosa la información suministrada por dos historiadores vallespascuenses de gran renombre en el Estado Guárico. Nos referimos en este caso al Dr. Felipe Hernández

González (ver figura 9) y a Manuel Soto Arbeláez (figura 10), intelectuales quienes han preparado numerosos escritos sobre el pasado vallepascuense y con quienes se mantuvo comunicación tanto por la vía telefónica como por correo electrónico, sirviendo de valiosas fuentes, en particular en lo referente a la historiografía de Valle de la Pascua y la localización de fuentes periodísticas.



Figura 9. Felipe Hernández González, historiador vallepascuense, autor de la obra *Historia de Valle de la Pascua: En los llanos de Guárico (1725-2000)*.



Figura 10. Manuel Soto Arbeláez, cronista e historiador, autor de la obra *El Guárico Oriental*.

Por otro lado, también fue trascendental en la realización de esta tesis doctoral lograr entrevistar a cuatro médicos y dos enfermeras que laboraron en el Hospital Guasco de Valle de la Pascua en las décadas de 1950 y 1960. También se entrevistó a una usuaria del Hospital Guasco y quien tuvo seis partos en dicha institución. Todas las entrevistas fueron realizadas entre junio y agosto del 2015. Estos personajes proveyeron importantes relatos sobre el Hospital Guasco, los servicios prestados, los pacientes, las enfermedades tratadas,

las causas de muerte, el problema de las Mal Definidas, la mortalidad infantil y el subregistro de las defunciones de los menores de un año. La información suministrada por los entrevistados hubiese sido muy difícil de obtener de otra manera y robustece grandemente los temas tratados en esta tesis. Los médicos entrevistados fueron los siguientes:

- Dr. Diógenes Ron Troconis - Gineco-Obstetra, egresado de la Universidad Central de Venezuela en 1954 y quien empezó a ejercer su profesión en el Hospital Guasco en el año 1956 (ver figura 11).

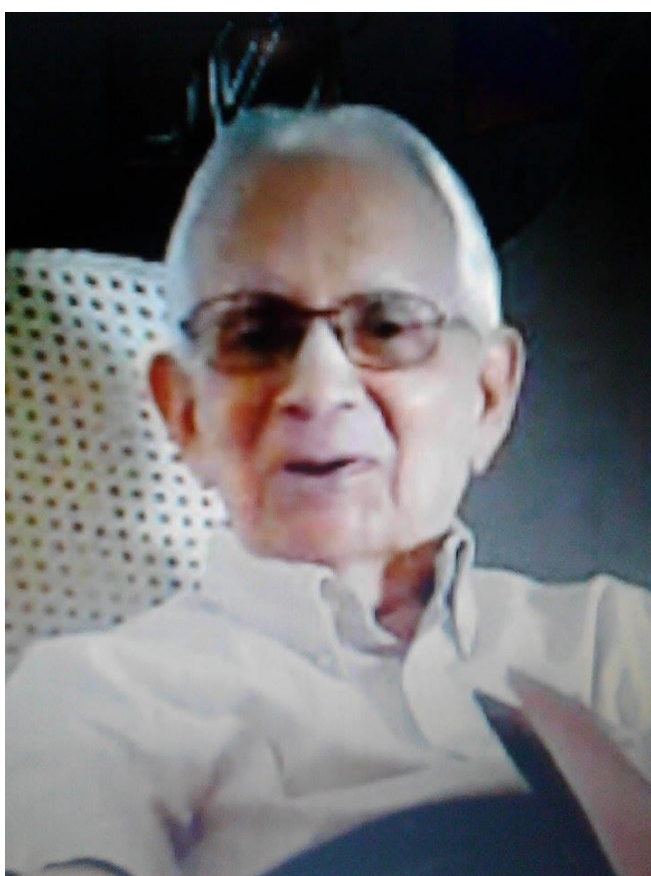


Figura 11. El Dr. Diógenes Ron Troconis, Gineco-Obstetra, quien laboró en el Hospital Guasco de Valle de la Pascua durante el lapso 1956-1973.

- Dr. José Tomás Arzola Chacín- El Dr. Arzola se graduó en la Universidad Central de Venezuela el 22 de agosto de 1958 de Médico General con especialidad en Obstetricia y Ginecología, con pasantía en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas. La especialidad de Obstetricia y Ginecología le fue otorgada al Dr. Arzola por la Federación Médica Venezolana por reconocimiento a su experiencia en estas ramas de la medicina (ver figura 12).



Figura 12. El Dr. José Tomás Arzola Chacín, Médico General con especialidad en Obstetricia y Ginecología., quien laboró en el Hospital Guasco de Valle de la Pascua durante el lapso 1958-1973.

- Dra. Ofelia Camero de Ruiz – La doctora Camero de Ruiz se graduó de Pediatra en la Universidad de los Andes el 4 de julio de 1961. Ese mismo año comenzó a trabajar como médico rural en la población de El Sombrero, localizada a 123 kilómetros al oeste de Valle de la Pascua. La doctora Camero de Ruiz comenzó a laborar en el Hospital Guasco en el año 1963 (ver figura 13).



Figura 13. La Dra. Ofelia Camero de Ruiz, Pediatra, quien inició sus labores en el Hospital Guasco de Valle de la Pascua en el año 1963.

- Dr. Fernando Aular – El doctor Aular se graduó de la Universidad de Carabobo en 1963 en Medicina General con especialidad en Radiología (ver figura 14).



Figura 14. El Dr. Fernando Aular, Médico General del Hospital Guasco de Valle de la Pascua en las década de los 60 y 70.

Las enfermeras entrevistadas fueron las siguientes:

- María del Valle Espinoza de Suárez – Técnico en Enfermería quien comenzó a trabajar en el Hospital Guasco en 1953 a la edad de 16 años (ver figura 15).



Figura 15. La señora María del Valle Espinoza de Suárez, Técnico en Enfermería del Hospital Guasco de Valle de la Pascua durante el lapso 1953-1967.

- Ana Esther Machado de Zúnico – Enfermera Auxiliar quien comenzó a laborar en el Hospital Guasco en el año 1957 a la edad de 22 años (ver figura 16).



Figura 16. La señora Ana Esther Machado de Zúnico, Enfermera Auxiliar del Hospital Guasco de Valle de la Pascua durante el lapso 1957-1973.

La usuaria entrevistada fue la señora Feliciano de Jesús Velásquez Anare (madre del autor de esta tesis), múltipara, quien tuvo 10 hijos, 6 de ellos en el Hospital Guasco, y llegó a conocer muy de cerca al personal médico que laboraba en el Hospital Guasco y los servicios prestados en el mismo entre 1958 y 1973 (ver figura 17).



Figura 17. La señora Feliciano de Jesús Velásquez Anare, usuaria del Hospital Guasco de Valle de La Pascua durante el lapso 1958-1973.

3.2.9. Las fuentes secundarias

Es indiscutible que las fuentes secundarias, seleccionadas adecuadamente de acuerdo a su relevancia y relativa importancia historiográfica, son de gran valor para cualquier trabajo de investigación. En el caso de esta investigación y en líneas generales, las fuentes secundarias seleccionadas provinieron de seis áreas fundamentales, a saber: 1) conceptos y metodología de la investigación histórica; 2) literatura sobre los conceptos y metodologías de la epidemiología y demografía histórica y disciplinas afines; 3) literatura sobre la mortalidad en Venezuela, sus causas y tendencias; 4) literatura sobre la historia de la medicina y salud pública en Venezuela. Dentro de esta última área cabe resaltar la importancia de dos grandes publicaciones: la *Gaceta Médica de Caracas* y la *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. Publicada desde 1893, la *Gaceta Médica de Caracas* contiene numerosos trabajos que describen la evolución de los conocimientos médicos en Venezuela, otros que tratan sobre la mortalidad y topografías médicas sobre Venezuela y el Estado Guárico. Por otro lado, la *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, publicada a partir de 1936, contiene numerosos estudios epidemiológicos y artículos que describen la situación médico-sanitaria de Venezuela durante el período 1936-1961; 5) literatura sobre la historia de Valle de la Pascua, la cual resalta su trayectoria política, económica, social, cultural y médico-sanitaria. Sobre este tema, vale la pena resaltar las obras sobre la historia de Valle de la Pascua publicadas por el Dr. Felipe Hernández González (2005), por Víctor Rubín Zamora (1978), por Luis Pérez Guevara (1998), y sobre el Guárico Oriental por Manuel Soto Arbeláez (2004). Por igual, se destaca la obra sobre la historia médica del Estado Guárico del Dr. Edgardo Malaspina (2004); 6) literatura más generalizada sobre la historia de Venezuela y el Estado Guárico, figurando prominentemente las obras de Siso Martínez (1965), Salcedo-Bastardo (1972) y De Armas Chitty (1982). También, puesto que el estudio de la mortalidad se vierte necesariamente al campo de la medicina, disciplina que abarca tanto la salud pública como la epidemiología, se utilizaron el *Gran Diccionario Médico* (García-Peri, 1974) y el *Dictionary of Epidemiology* (Porta, 2008) como fuente principal para la definición y comprensión de términos médicos y epidemiológicos que podrían figurar en las fuentes primarias ya mencionadas. Por último, a fin de tener disponible una fuente o referencia que incluyera un gran número de temas y personajes de relevancia en la historia de Venezuela, se utilizó como fuente secundaria al ya citado *Diccionario de Historia de Venezuela* publicado por la Fundación Polar.

3.3. Metodología para la clasificación de las causas de muerte

En este estudio, la causa de muerte es probablemente la variable de más relevancia, en particular porque dicha variable juega un papel determinante en la realización de un análisis epidemiológico de la mortalidad en cualquier región del mundo. La determinación precisa de una causa de muerte no está exenta de dificultades y a menudo se torna problemática. Según Pressat, por un lado, existe una alta proporción de defunciones por causa desconocida o mal definida, y por otro, aparecen defunciones con causas de muertes múltiples. Por ejemplo, el alcohólico que fallece a consecuencia de una fractura del cuello, del fémur, ocasionada en una caída en estado de ebriedad, ¿muere a consecuencia del alcoholismo o del accidente? El alcoholismo aparece como la causa primera, aunque lo que ocasionó la muerte fue la caída (Pressat, 1967:88). Además, según Pressat existen una gran cantidad de variables asociadas al medio ambiente y al comportamiento (clima, densidad de población, modo de alimentación) que intervienen en la muerte sin poderse precisar exactamente el papel desempeñado por cada una de ellas. Por igual, también existen factores genéticos que crean desigualdades ante la muerte, al menos a nivel individual (Pressat, 1985:53-54). Navarro asiente en este punto señalando que la mortalidad sufre deformaciones que son debidas a diversas causas. Es muy difícil agrupar en unos pocos títulos las variantes nosológicas polimorfas que el ser humano presenta como causa de muerte. Este autor critica, por ejemplo, el uso de la senilidad como segunda causa de muerte, sobre todo cuando se suma a las causas mal definidas. En su opinión, no se puede considerar que la senilidad figure en un certificado de defunción puesto que este es un dato cronológico y no patológico. La senilidad podría ser un coadyuvante, como lo pudiera ser la desnutrición, la miseria o la ignorancia. Asimismo, las causas de muertes catalogadas como Mal Definidas podrían ser una indicación de desidia o falta de preparación por parte del facultativo o persona encargada de determinar la causa de muerte. Por último, la opinión del facultativo que certifica la causa de muerte también entra en juego, ya que es privativo del médico valorar entre la sintomatología de su paciente, cuál es la que origina la muerte, aun cuando varias facetas patológicas se hallan presentes a la hora de la muerte. Esto demuestra lo difícil que resulta presentar una imagen real de cómo han ido evolucionado verdaderamente las enfermedades que causan la muerte (Navarro, 1968:40-42).

En tiempos más recientes, varios estudiosos han expuesto de manera cabal lo dificultoso que resulta la determinación exacta de la causa de muerte, cuando ésta se utiliza con fines demográficos. Las dificultades y problemas encontrados incluyen la falta de fiabilidad y exactitud de las causas “médicas” de muerte, el problema diacrónico o recorrido cronológico que genera una significativa complejidad semántica, la formulación de

expresiones diagnósticas con criterios no siempre estrictamente científicos, la consignación de expresiones diagnósticas por personas con escasa o nula formación científico-médica (familiares del fallecido, vecinos o autoridad eclesiástica), la influencia ejercida por los cambios en la consideración social de determinados grupos de edad en las pautas diagnósticas de las causas de muerte, la ocultación, mediante el uso de otros diagnósticos, de procesos patológicos como la tuberculosis, las enfermedades venéreas y las enfermedades infecciosas de comportamiento epidémico, la influencia ejercida sobre las pautas diagnósticas de la muerte por la propia historia de las clasificaciones y nomenclaturas de enfermedades y de causas de muerte (existencia de una dicotomía de criterios etiológicos y anatómicos que caracterizó a algunas de las primeras propuestas y que continúa en cierto modo en la actualidad), la falta de consenso para establecer una única clasificación y la existencia, sobre todo en el siglo XIX, de múltiples clasificaciones y nomenclaturas. Además estos estudiosos destacan la falta de coherencia y ausencia de continuidad que han caracterizado las sucesivas revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.) y el no poder distinguir entre la causa inmediata que condujo a la muerte, las causas antecedentes y las causas contribuyentes. Se refieren estas últimas a otras circunstancias patológicas que contribuyeron al deceso pero que no están relacionadas con la enfermedad o el problema de salud que ocasionó tal deceso. Por último, se destaca la dificultad de seleccionar la clasificación o nomenclatura de causas de muerte que permita agrupar las expresiones diagnósticas recogidas en las partidas de defunción y que por lo tanto se preste para la realización del análisis epidemiológico y demográfico-sanitario (Bernabeu Mestre, 1993:14-15; Bernabeu Mestre et. al., 2003:169-170).

Aunque lo expuesto hasta ahora en relación a las dificultades encontradas a la hora de determinar la causa de muerte tiene como telón de fondo la Europa Occidental, dichas dificultades no son ajenas al medio venezolano, sobre todo en el último cuarto del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. Como se expone en el MARCO HISTÓRICO de esta tesis, la clasificación de la causa de muerte en Venezuela es un proceso que experimentó graves dificultades, las cuales no empezaron a ser corregidas con vigor y dedicación sino a partir de 1936.

En la realización de esta tesis doctoral y para llevar a cabo el tratamiento de la variable causa de muerte, se utilizaron dos criterios de clasificación para la misma: el de la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900), también conocida como Clasificación de Bertillon, y el de la Clasificación de McKeown y la respectiva modificación llevada a cabo por Josep Bernabeu Mestre y otros (2003). El uso de ambos

criterios está ampliamente justificado, en particular porque nos permiten investigar las causas de muerte de forma aislada y obtener resultados por grandes grupos (Sanz Gimeno, 1999:42). Además, por un lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) fue el criterio de clasificación de causa de muerte adoptado en Venezuela a principios del siglo XX, y por otro, la Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.) se considera idónea para realizar los objetivos de tesis doctoral, la cual tiene como pieza fundamental llevar a cabo un análisis epidemiológico de la mortalidad en Valle de la Pascua durante el período 1845-1961 y determinar hasta qué punto se desencadenó una transición epidemiológica en dicha ciudad.

3.3.1. La Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900)

La Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900), tal vez mejor conocida como la Clasificación Internacional de Bertillon, puede considerarse como el primer gran esfuerzo por establecer un sistema de clasificación de la causa de muerte uniforme y que ofrecía la posibilidad de comparaciones. Esta clasificación fue elaborada por la Comisión Internacional de Estadística que se reunió en París en 1900, aunque sus orígenes se remontan a 1893 bajo el liderazgo del francés Jacques Bertillon, razón por la cual a menudo se le da su nombre. Dicha clasificación representó un gran paso en la estadística demográfico-sanitaria y ha servido de base para posteriores clasificaciones que reflejan la evolución de los conocimientos médicos a lo largo del tiempo. La C.I.E.-1900 consiste en 14 Grupos de Enfermedades y 179 epígrafes de enfermedad (Bertillon, 1899), a saber:

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DE 1900 (C.I.E.-1900)

- I. Enfermedades generales (1-59)
- II. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (60-76)
- III. Enfermedades del aparato circulatorio (77-86)
- IV. Enfermedades del aparato respiratorio (87-99)
- V. Enfermedades del aparato digestivo (100-118)
- VI. Enfermedades del aparato genitourinario y de sus anexos (119-133)
- VII. Estado puerperal (134-141)
- VIII. Enfermedades de la piel y del tejido celular (142-145)
- IX. Enfermedades de los órganos de la locomoción (146-149)
- X. Vicios de conformación (150)
- XI. Primera infancia (151-153)

- XII. Vejez (154)
- XIII. Afecciones producidas por causas exteriores (155-176)
- XIV. Enfermedades mal definidas (177-179)

La Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) en su totalidad se presenta en el **Anexo 1** de esta tesis. Como se aprecia en esta lista presentada en este apartado, la C.I.E.-1900 representa una combinación de criterios anatómicos y etiológicos, siendo los primeros los que cobran mayor importancia. Esto crea desventajas a la hora de realizar un análisis epidemiológico como el del presente estudio, el cual requiere criterios etiológicos. Otras limitaciones han sido apuntadas por otros autores. Izquierdo Carrasco, por ejemplo, señala que la C.I.E.-1900 presenta criterios poco homogéneos en varios grupos, sobre todo en el Grupo I-Enfermedades Generales-, donde coinciden las enfermedades infecciosas, reumáticas, carenciales, intoxicaciones, endocrinas y cancerosas. En el Grupo II se mezclan enfermedades específicas del sistema nervioso con las de los sentidos, encontrándose en este grupo el epígrafe Eclampsia, sobre todo la referida a los niños, de características muy equívocas, muchas veces sin relación concreta con trastornos nerviosos. En el Grupo XIV se reúnen en tres epígrafes todas las enfermedades inespecíficas e insuficientemente definidas, incluyendo en él las ilegibles y cuando el diagnóstico no consta (Izquierdo Carrasco, 2002:147). Por otra parte, la prevalencia del criterio anatómico y/o la agrupación de diversas afecciones en un solo grupo también han sido señaladas por otros estudiosos (Sanz Gimeno, 1999:39-40; Bernabeu Mestre et. al., 2003:172)

Las limitaciones de la C.I.E.-1900 nos condujo a una segunda clasificación, en este caso la Clasificación de McKeown y su ya mencionada modificación, en la cual predomina el criterio etiológico. De acuerdo a Sanz Gimeno, aunque la C.I.E.-1900 ofrece las ventajas de permitir un análisis de causas específicas y la posibilidad de realizar comparaciones con otros estudios, se hace necesario buscar una segunda clasificación, que permita orientar el estudio de las causas de muerte hacia el conocimiento de los determinantes que inciden en la salud de la población (Sanz Gimeno, 1999:40). La Clasificación de McKeown y su posterior modificación por Josep Bernabeu Mestre y otros se presenta como el criterio adecuado para lograr este objetivo.

3.3.2. La Clasificación Modificada de McKeown

La Clasificación de McKeown se deriva de la propuesta teórica de éste referente al descenso de la mortalidad. Según McKeown, este proceso, el cual comenzó a finales del siglo XVII, se debió principalmente al descenso de la mortalidad por las enfermedades infecciosas, en particular las transmitidas por el aire. Sin embargo, según McKeown, no debe descartarse también el papel desempeñado por otros grupos de enfermedades. Específicamente, un marcado descenso de la mortalidad por las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y alimentos figura prominentemente en los siglos XVIII y XIX. También, el descenso de la mortalidad por enfermedades transmitidas por vectores, principalmente el tifo, merece mención aunque dicho descenso se limitó a la era pre-registro y fue relativamente menor. Por último, McKeown añade que en lo que se refiere a las enfermedades no infecciosas, hubo una reducción en las muertes por infanticidio y hambrunas en los siglos XVIII y XIX y por varias otras causas durante el siglo XX (McKeown, 1976:72). Según Bernabeu Mestre, los criterios de la clasificación de McKeown están basados en el mecanismo de transmisión de las enfermedades infecciosas que son, en definitiva, las que determinaron el proceso de la transición epidemiológica. Además, al igual que las categorías etiológicas de la C.I.E.-1900, la propuesta de McKeown nos ayuda a conocer mejor los mecanismos causales que explican la evolución y las características de la mortalidad. A juicio de Bernabeu Mestre, esto se debe a que cuando el epidemiólogo histórico se ha de preguntar por los factores que han condicionado los niveles y las características de mortalidad de una población en un determinado período y cuáles explican su reducción, tendrá más posibilidades de responder si las expresiones diagnósticas que informan de las circunstancias de la muerte fueron elaboradas con criterios que informaban de la etiología de la enfermedad, del problema de salud o de sus posibles mecanismos de transmisión, en vez de criterios que lo hacían sólo desde la ubicación anatómica de la enfermedad (Bernabeu Mestre, 1994: 65).

Por otro lado, a fin de mejorar la capacidad de análisis y las posibilidades de comparabilidad que ofrece la Clasificación de McKeown, Bernabeu Mestre y colegas llevaron a cabo una modificación de la misma, a través de la introducción de categorías que no responden al empleo de un criterio estrictamente etiológico o de mecanismo de transmisión. De este modo, tanto en el capítulo de enfermedades infecciosas como en el de no infecciosas, aparecen grupos de causas que aluden a la parte u órgano del cuerpo afectado por una determinada enfermedad. Más específicamente, se añadieron dos grandes subcapítulos, uno de ellos hace referencia a las enfermedades transmitidas por vectores, entre los que figura el paludismo, y un segundo para toda una serie de problemas de

naturaleza infecciosa que se agruparon bajo el epígrafe de “Otras infecciosas”, indicándose en este caso la localización anatómica, salvo para el caso de la dentición, que se sitúa en una categoría única. También, por su importancia e interés, se asignaron categorías propias a expresiones diagnósticas como diarrea y enteritis o fiebre tifoidea en el caso de las enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos; viruela y sarampión (propias de la infancia) en el caso de las transmitidas por aire, o la tuberculosis. Al mismo tiempo, con todas estas diferenciaciones Bernabeu Mestre y sus colegas trataron no sólo de mantener el máximo nivel de desagregación, sino que buscaron también evitar la agrupación de expresiones que no siempre muestran idéntica etiología. Un ejemplo de esto sería la diferenciación establecida entre diarrea y enteritis y dentición. Aunque tras esta última expresión se esconden en muchas ocasiones trastornos digestivos e intestinales, también hace referencia a otro tipo de problemas de naturaleza infecciosa que afectan a otros órganos (Bernabeu Mestre et al., 2003:174). La Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.) se presenta en el **Anexo 2** de esta tesis.

Bernabeu Mestre y sus colegas también confeccionaron una tabla de equivalencias (ver tabla de equivalencias en el **Anexo 3**), en la cual se establecieron, partiendo de cada código, las correspondientes equivalencias entre la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) y la Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.). De esta manera se pudo obtener dos series de códigos que permiten efectuar el análisis de la mortalidad con uno u otro criterio. Para los efectos de esta tesis doctoral, es precisamente esta tabla de equivalencias la que se usa, junto con el listado de expresiones diagnósticas y codificación elaborado por Bernabeu Mestre y sus colegas (ver **Anexo 4**), para codificar las varias expresiones de causa de muerte encontradas en las partidas de defunción del período 1893-1961 (Bernabeu Mestre et al., 2003).

Por último, en cuanto al tratamiento de la variable mortalidad, se tomó sumo cuidado en determinar con exactitud, siempre y cuando fue posible, la causa de muerte registrada en cada partida de defunción. En cada caso, la causa de muerte se extrajo literalmente de dicha partida, sin llevar a cabo ningún tipo de corrección en caso de errores ortográficos. Múltiples fueron los casos donde hubo errores ortográficos. Por ejemplo, la causa de muerte por tuberculosis pulmonar registró a veces como «tuberculosis pulmonal» o se usó «tozferina» en vez de «tosferina». También figuraron casos donde palabras inglesas fueron aparentemente mal escritas o castellanizadas. Tal es caso del «Mal de Bright», a veces escrito incorrectamente como «Mal de Britt» y «Epilepsia Jacksoniana», a veces escrita «Epilepsia Yaksoniana». Cada diagnóstico de defunción fue asignado a su correspondiente

categoría de acuerdo a su significado y prácticas médicas de la época. En la realización de esta tarea fueron de gran ayuda los escritos médicos publicados en la *Gaceta Médica de Caracas*, *Revista de Sanidad y Asistencia Social* y varias topografías médicas. Además, se siguieron los criterios expuestos por Sanz Gimeno (1999:42) para ubicar y clasificar las causas de muerte, aunque donde se consideró prudente, dichos criterios fueron ligeramente modificados para cumplir con las demandas impuestas por el estudio. Los criterios adaptados fueron los siguientes:

- Predominan los criterios etiológicos a la hora de ubicar una enfermedad. En ausencia de éstos se siguen criterios anatómicos. En este sentido, hay que tener en cuenta los criterios utilizados por la clasificación de enfermedades de referencia.
- Siempre que no haya dudas al respecto, de cara a la clasificación de causas en las que aparecen varias enfermedades, se da más importancia a la de carácter más general.
- En determinadas expresiones diagnósticas donde aparezcan dos o más causas, se tendrá en cuenta el orden de causalidad, diferenciando las que son afecciones fundamentales de las enfermedades que pudieran ser complicaciones a dichas afecciones.
- En una expresión diagnóstica con dos o más causas, se prima siempre a la causa fundamental a la hora de ubicar dicha expresión en la clasificación de enfermedades. Ante cualquier duda en este sentido, se da mayor a la causa que presente unas características de mayor gravedad, teniendo así en cuenta su letalidad y su capacidad de infección y contagio. Por ejemplo, en el diagnóstico «bronconeumonía sarampionosa» se da mayor importancia al sarampión.
- Cuando en una expresión diagnóstica aparecen dos causas separadas por la preposición «con», se le da mayor importancia a la causa que antecede a dicha preposición, teniendo siempre en cuenta los puntos anteriores.,
- Cuando en una causa de muerte se emplea la expresión «consecutivo a», se concede mayor importancia para la clasificación a la causa que sigue a dicha expresión.
- En determinadas causas en las que aparezca en una enfermedad junto a uno de sus síntomas, predomina siempre la enfermedad que originó dicho síntoma. Por ejemplo, en «asistolia paludismo», se prima al paludismo ya que la asistolia es un síntoma.

3.4. Metodología para el análisis de la intensidad de la mortalidad

A juicio de Pérez Moreda, medir la intensidad de una crisis de mortalidad, algo obviamente de importancia, depende en gran parte del concepto que se tenga previamente de la crisis y de los conceptos que se tenga para su definición. Generalmente una crisis ocurre cuando existe un elevado número de defunciones por sobre lo que se considera normal. El objetivo es entonces precisar en términos estadísticos, si es posible, lo que se considera como mortalidad normal. Para llevar a cabo la medición de la intensidad de la mortalidad se han desarrollado por lo menos tres métodos, a saber: el método de Hollingsworth, el de Dupaquier y el de L. Del Panta y M. Livi-Bacci. Cada uno de estos métodos intenta medir la intensidad de una crisis de mortalidad utilizando fórmulas matemáticas (Pérez Moreda, 1980:100-101). En esta tesis doctoral se utilizó el método de L. Del Panta y M. Livi-Bacci para determinar si existió una crisis de mortalidad en Valle de la Pascua durante el período estudiado. Cabe destacar que este método ya se ha puesto en práctica en algunos estudios de demografía histórica realizados en España⁶.

El método de M. Livi-Bacci y L. Del Panta utiliza un sistema de medias móviles de once años para estimar las defunciones anuales normales. De este período de once años se restan los dos años con valores más altos y los dos años con valores más bajos, quedando siete años con los que se lleva a cabo el cálculo. Se excluyen de dicho cálculo las cifras más extremas para evitar que éstas afecten la estimación de la mortalidad “normal”. Una vez calculadas las defunciones anuales normales, se halla para cada año el porcentaje de desviación de cada valor original respecto al de la curva de medias móviles correspondiente a esa fecha. Se considera como una crisis de mortalidad aquellos casos en que el porcentaje de desviación alcance o supere el valor de +50% (Pérez Moreda, 1980:105).

⁶ Véase Julie Marfany. *La crisis de mortalidad en una comunidad catalana, Igualada, 1680-1819*, Revista de Demografía Histórica, Vol. 23, N° 2, p.13-42; y Miguel Gómez Martín y Sylvia A. Jiménez-Brobeil. *La Mortalidad en la sierra granadina de la Alfaguara, Alfacar y Víznar en el siglo XIX*. Granada: VII Congreso de Asociación de Demografía Histórica, 2004, 9.

3.5. Metodología para el análisis semántico-documental de los diagnósticos de defunción

Como se expuso en el capítulo de INTRODUCCIÓN, uno de los objetivos de esta tesis doctoral es llegar a conocer a fondo la evolución, pervivencia o desuso de las expresiones diagnósticas de la causa de muerte en Valle de la Pascua durante el período 1893-1961. Las expresiones usadas para designar la causa de la muerte en las partidas de defunción no sólo reflejan los conocimientos médicos de la época, sino también la presencia de la enfermedad en la comunidad, la cual se detecta indirectamente a través de la observación de la mortalidad (Izquierdo Carrasco, 2002:327).

El análisis semántico-documental de los diagnósticos de defunción se llevó cabo por medio de un simple procedimiento. Específicamente, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) y basándose en los trabajos de Izquierdo Carrasco (2002) y Martínez Monleón (1992), se creó una ordenación alfabética de la causa de muerte y se anotó tanto la frecuencia de la misma como su primer y último año de uso. Este procedimiento nos permitió llevar a cabo una medición cabal del desuso y pervivencia de las expresiones diagnósticas de defunción. La C.I.E.-1900 se consideró adecuada para llevar a cabo este procedimiento, dada la gran variedad de expresiones diagnósticas contenidas en la misma. También fue fundamental en la ejecución de este análisis la formulación de grupos de expresiones diagnósticas según las distintas tendencias nosológicas. Utilizando el criterio expuesto por Barona (1993), las distintas tendencias nosológicas utilizadas fueron las siguientes: criterios antiguos de clasificación, sistemas transicionales del siglo XVIII, criterios anatomoclínicos, criterios fisiopatológicos y criterios etopatogénicos.

3.6. Las variables del estudio

Las variables utilizadas en esta tesis doctoral son el resultado de la frecuencia con que aparecen en los libros de entierros o los libros de defunción, así como también su idoneidad para llevar a cabo los objetivos del estudio. Cabe destacar que, además de la causa de muerte, importantes variables como lugar de defunción y profesión, desafortunadamente, no figuran en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial aunque sí en los libros de defunción del Registro Civil.

En el caso de la muestra de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua (1845-1900), las variables son las siguientes: año de defunción, mes de defunción, sexo, edad categórica y edad numérica. En cuanto a la muestra del Registro Civil del Distrito Infante (1893-1961),

las variables son las siguientes: año de defunción, mes de defunción, lugar de defunción, sexo, edad, estado civil, profesión y causa de muerte.

3.6.1. Año de defunción

La variable «año de defunción» no ofreció mayores dificultades para ser identificada en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. Como se mencionó con anterioridad, en el estudio se incluyeron 17 años del período 1845-1900, a saber, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1861, 1871, 1873, 1876, 1881, 1888, 1894, 1898 y 1900. La variable «año de defunción» se indicó claramente en todos los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Como antes hemos mencionado, en lo que respecta al período 1893-1961 se incluyeron 43 años, específicamente 1893, 1901, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1920, 1925, 1928, 1930, 1931, 1932, 1933, 1935, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1944, 1945, 1947, 1948, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960 y 1961.

3.6.2. Mes de defunción

La variable «mes de defunción» se indicó consistentemente tanto en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua como en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Por lo tanto se utilizaron los 12 meses del año.

3.6.3. Lugar de defunción

La variable «lugar de defunción» se indicó de manera consistente en todos los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Para los efectos de este estudio, además de Valle de la Pascua, se presentaron como variable las zonas rurales que durante el período 1893-1961 estaban vinculadas administrativamente a Valle de la Pascua y como tal, defunciones ocurridas en esos lugares eran asentadas en el Registro Civil del Distrito Infante con sede en Valle de la Pascua. Cabe destacar que ya para 1950, algunos de estos vecindarios habían sido incorporados a Valle de Pascua y dejan de mencionarse por separado en las partidas de defunción. Aquí figuran principalmente los vecindarios La Atascosa, La Vigía y El Zamuro, los cuales actualmente son barrios o sectores de Valle de la Pascua. También, algunos vecindarios como Sesenta simplemente desaparecieron.

3.6.4. Sexo

En los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua, se pudo determinar el sexo basado en el nombre del fallecido o si la persona era adulto(a) o párvulo(a). En los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, la variable «sexo» se especificó generalmente en términos de hembra o varón, o en su defecto, se determinó de acuerdo al estado civil del fallecido, es decir, soltero(a) o casado(a).

3.6.5. Edad

En lo que se refiere a la variable «edad», la información contenida en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua experimentó un cambio paulatino entre 1845 y por lo menos 1881. En particular, durante este período la edad se indicó de manera nominal, usándose expresiones como párvulo(a) o adulto(a). A esta edad le asignamos la denominación «edad categórica». Por otra parte, para los años comprendidos entre 1888 y 1900, los libros de entierros presentan una «edad numérica». En los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico del período 1893-1961, la variable «edad» aparece expresada en minutos, horas, días, meses y años. Además, a partir de 1940 se incluye, de forma consistente, la edad intrauterina de los fetos o nacidos muertos.

3.6.6. Profesión

La variable «profesión» se indicó de manera consistente en las partidas de defunción del período 1893-1961. Dicha variable requirió ciertos criterios para garantizar un tratamiento adecuado en el análisis epidemiológico de la mortalidad. Siguiendo los criterios establecidos en otros estudios (Izquierdo Carrasco, 2002; Hernández Ferrer, 2003), en el caso de los hombres y mujeres adultos, se asignó la profesión indicada en la partida de defunción, o en su defecto «no consta». En el caso de los menores de edad, se asignó al fallecido la profesión del padre (o guardián legal) o en su defecto la profesión de la madre. Cabe destacar que la asignación de la profesión del padre al niño fallecido es la práctica recomendada por Henry en su *Manual de Demografía Histórica* (Henry, 1983:271). Al igual que en el caso de los adultos fallecidos, si la profesión no se indicó se le asignó «no consta». Los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, revelaron la existencia de por lo menos 123 profesiones en Valle de la Pascua durante el período estudiado. No obstante, las profesiones de los fallecidos reflejaron en gran parte el carácter agropecuario de la economía vallepascuense, lo cual permitió la simplificación de la variable profesión para los efectos de su codificación. Debe mencionarse que probablemente existió un gran subregistro o al menos falta de reconocimiento de las labores

femeninas, puesto que a las mujeres, casi un 100% de las veces, se les asignó la profesión descrita como «la de su sexo», «ocupaciones propias de su sexo», «oficios domésticos» u «oficios del hogar». Como se verá más adelante, la variable profesión se utilizó de manera complementaria en el análisis de la evolución de la mortalidad general del período 1893-1961.

3.6.7. Estado civil

Los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, recogen de manera más o menos consistente el estado civil del fallecido. La inclusión de esta variable en este estudio obedece al hecho de que el estado civil representa, sin lugar a dudas, una importante variable demográfica. Al igual que la variable profesión, la variable estado civil se utiliza de manera complementaria en el análisis de la mortalidad general del período 1893-1961.

3.6.8. Causa de muerte

La causa de muerte se indicó de manera consistente en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, a partir de 1905, aunque como se expondrá más adelante en esta tesis, las expresiones «Mal Definida», «Enfermedad Oscura», «Sin Asistencia Médica», también aparecieron con gran frecuencia a lo largo del período 1893-1961.

3.7. Análisis de datos

El análisis de los datos recabados se llevó a cabo de la siguiente manera:

Libros de entierros del Registro Parroquial de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. De cada acta/partida de defunción encontrada en los libro de entierros, se extrajeron los siguientes datos relacionados con la persona fallecida: año de defunción, número de acta de defunción (en su defecto se le asignó un número al fallecido en orden ascendente y de acuerdo a la fecha de defunción), mes de defunción, sexo, edad categórica y edad numérica.

Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. De cada partida de defunción incluida en el estudio se extrajeron los siguientes datos relacionados con la persona fallecida: año de defunción, número de acta de defunción (en su defecto se le

asignó un número al fallecido en orden ascendente y de acuerdo a la fecha de defunción), mes de defunción, sexo, edad, estado civil, profesión, y causa de muerte.

Todos los datos fueron asentados en una hoja Excel y para su tratamiento informático y estadístico se utilizó el programa de estadística SPSS (versiones 19.0, 20.0 y 22.0). Por medio de este programa se pueden elaborar gráficos, tablas simples y tabulaciones cruzadas que permiten una adecuada presentación de los resultados. Además, a través de SPSS se pueden determinar asociaciones, correlaciones y tendencias, lo cual permite una mejor comprensión de los resultados y comprobación de las hipótesis formuladas.

4. MARCO HISTÓRICO

4.1. La Venezuela del período 1845-1935

En los apartados que siguen, se presentan importantes aspectos de la historia de Venezuela durante el período 1845-1935 y que se consideran de gran importancia para los efectos de esta tesis doctoral. Estos incluyen una visión general de la historia de Venezuela durante el mencionado período, la medicina científica y tradicional del país y el desarrollo de la salud pública. También se presenta una descripción sobre el registro parroquial, el registro civil, y la estadística vital. Por último, se destaca el perfil demográfico y epidemiológico de Venezuela, utilizando principalmente datos obtenidos de los anuarios estadísticos de Venezuela.

4.1.1. Visión general

El período 1845-1935 forma parte de la *Era del Caudillismo*, la cual arranca en 1830 cuando Venezuela se establece finalmente como nación independiente y soberana, tras el fallido intento de fusión con Colombia y Ecuador para formar lo que hubiese sido la Gran Colombia. En la *Era del Caudillismo*, Venezuela se caracterizó por ser una nación rural y agrícola. A partir de 1830 y hasta 1848, Venezuela fue gobernada por una Oligarquía Conservadora, la cual mantuvo intacto el latifundio colonial y no resolvió la cuestión de la esclavitud. Por otro lado y de manera positiva, dicha oligarquía organizó la hacienda pública, fundó el crédito exterior y mantuvo la libertad de cultos (Siso Martínez, 1965:520). A la Oligarquía Conservadora le siguió la Oligarquía Liberal, liderada por los hermanos José Tadeo y José Gregorio Monagas. Esta oligarquía se mantuvo en el poder hasta 1858, año en que fue derrocada por Julián Castro, uno de los tantos caudillos que tomaron las riendas del país en la segunda mitad del siglo XIX. Aunque no se mantuvo la libertad de prensa durante los mandatos de los Monagas, sí se abolió la pena de muerte por delitos políticos. Más importante aún, también se abolió la esclavitud en 1854 (Siso Martínez, 1965:522). A la Oligarquía Liberal le siguió un período turbulento donde estalló la Guerra Federal (1859-1863), al término de la cual, la Oligarquía Conservadora quedó liquidada junto con su gran caudillo, el General José Antonio Páez, uno de los héroes de la Guerra de Independencia contra España. La liquidación de la Oligarquía Conservadora significó la proliferación de caudillos regionales (Pacheco, 1984:159), aunque siempre hubo un líder a nivel nacional, específicamente José Crisóstomo Falcón (1864), Antonio Guzmán Blanco (1870-1888), Joaquín Crespo (1892-1893), Cipriano Castro (1899-1908) y hasta llegar a Juan Vicente Gómez (1909-1935). La mayoría de estos caudillos reciben muy

pocos elogios por la manera en que administraron al país. A los hermanos Monagas se les acusa de ser rapaces y absorbentes, a la administración de Falcón se le caracteriza de ser un gran desbarajuste de «vales» y dilapidación de recursos públicos, a la de Guzmán Blanco de contradictoria (por obtener grandes capitales de consorcios extranjeros supuestamente para el beneficio del país, pero que terminaban beneficiando solamente a Guzmán Blanco), a la de Crespo de una falta de criterio y de noción del Estado. A Cipriano Castro se le cataloga como atrabiliario y malbaratador y finalmente a la administración de Juan Vicente Gómez se le caracteriza de elemental y rudimentaria (Salcedo-Bastardo, 1972:479 y 481-482).

La dictadura de Juan Vicente Gómez (1909-1935) merece especial atención tanto por su larga duración y dureza como por el hecho de que durante este lapso, la economía venezolana experimentó una profunda transformación donde se detectan tres importantes etapas. La primera, 1908-1917, no difiere mayormente de los lustros anteriores; la agricultura era la actividad preferida y más común, el café dominaba abrumadoramente las exportaciones seguido por el cacao y el ganado en pie. En la segunda etapa, 1917-1926, se reunieron los elementos imprescindibles para la transformación estructural de Venezuela. Específicamente, la producción petrolera empezó a beneficiar al régimen gomecista a partir de 1917 y la agricultura, con el café a la cabeza, logró para 1925 un importante volumen de producción y exportación. El tercer tramo del gomecismo, 1926-1935, comenzó con un hecho relevante: el total de la exportación de hidrocarburos superó en 1926 al conjunto de la tradicional exportación agropecuaria. Venezuela se tornó en país petrolero. La agricultura se debilitó y cayó para no recobrase. Venezuela fue desplazada de los primeros lugares entre los más importantes productores de café (entre 1895 y 1916, Venezuela ocupaba el segundo puesto mundial). El cacao experimentó una depresión análoga; más grave todavía, en el caso del azúcar, Venezuela dejó de exportar este alimento y pasó en 1935 a ser importador del mismo (Salcedo-Bastardo, 1972:479). La rudimentaria mentalidad de la tiranía gomecista impuso una típica distribución de los abundantes recursos públicos: el 60 por ciento se gastó en el funcionamiento del régimen, el 25 por ciento en las vías de comunicación y edificios; en cambio, no llegó al 5 por ciento lo que se destinó a la instrucción, y, en total, sumó el 10 por ciento lo dispuesto en conjunto para la salud, la agricultura y el desarrollo (Salcedo-Bastardo, 1972:481-482). La relativa negligencia de la dictadura gomecista en combatir las enfermedades infecciosas resalta las deficiencias de la estructura médico-sanitaria (Rangel, 1975:281). Por otra parte, el desarrollo de la economía petrolera arruinó a muchos de los antiguos hacendados y ganaderos y también liquidó el caudillismo rural. La liquidación del caudillismo rural, en particular, fue posible por cuanto

los ingresos petroleros le permitieron a Juan Vicente Gómez edificar un aparato militar y contar con fuerzas capaces de ahogar todos los intentos de los antiguos caudillos liberales o conservadores, o de incorporarlos a su séquito, mediante el halago y la participación en las funciones públicas (Brito Figueroa, 1986:410 Tomo II).

Tal vez unos de los pocos aspectos positivos de la dictadura gomecista fue el hecho de que durante este período, se logró establecer la completa nacionalización de la autoridad social y se llevó a cabo la liquidación de los caudillos regionales. Después de la Guerra Federal (1859-1863), se redujeron los conflictos civiles en los 20 estados de Venezuela y a partir de 1870 se inició un proceso de restauración de la autoridad central sobre las comunidades locales e individuos dispersos por todo el territorio nacional. La exitosa culminación de esta tarea correspondió a Juan Vicente Gómez (Gilmore, 1964:13).



Figura 18. El General Juan Vicente Gómez (1857-1935), el último representantes de los caudillos del siglo XIX, quien gobernó a Venezuela con mano dura durante el lapso 1908-1935.

4.1.2. Medicina científica y tradicional

En este apartado se describe de manera abreviada la medicina en Venezuela durante el período 1845-1935, haciéndose una distinción entre la medicina científica y la medicina tradicional. Esta última, a pesar de los grandes avances de la medicina científica en Venezuela en la segunda mitad del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, jugaba un

papel de relativa importancia tanto en la medicina preventiva como curativa del país durante el mencionado período.

En Venezuela la medicina científica arrancó con el establecimiento de los estudios médicos en la segunda mitad del siglo XVIII. Este sistema estuvo en vigencia hasta que se llevaron a cabo significativas reformas a la enseñanza de la medicina en 1827. En ese año la Facultad Médica de la Universidad Central de Venezuela reemplazó al Protomedicato. Al mismo tiempo se produjo una descentralización de la enseñanza, lo cual dio como resultado el establecimiento de los Colegios Nacionales de Primera Categoría. Durante el siglo XIX, la profesión médica tenía un carácter tanto general como individual, apenas existiendo especialización aunque de forma muy rudimentaria. Es en la segunda mitad del siglo XIX cuando se detectan ciertos avances en la medicina científica de Venezuela, los cuales incluyen la aparición de una prensa médica, el uso de la antisepsia y anestesia quirúrgicas, la práctica de la cirugía abdominal y el establecimiento de la radiología. Es digno destacar al Dr. Blas Balbuena, quien en 1847 realizó en Maracaibo la primera anestesia quirúrgica en Venezuela. También debe destacarse al Dr. Manuel María Ponte por introducir la antisepsia quirúrgica por primera vez en Venezuela en 1880, específicamente llevando a cabo en Caracas una ovariectomía aplicando las normas de Lister. Por igual, sobresale el Dr. Miguel R. Ruiz, quien en 1896, practicó la primera apendicectomía en Venezuela. Por último, debe mencionarse al Dr. José Otilo Mármol de Maracaibo por ser quien inició la radiología en Venezuela en 1899 (Angulo-Arvelo, 1979:47-66).

Entre los grandes cirujanos de esta época figuran Eliseo Acosta, Guillermo Michelena y Pablo Acosta Ortiz, este último considerado por muchos como el más grande de todos (Angulo-Arvelo, 1979:70-71, Silva Álvarez, 1970:105). También, durante la segunda mitad del siglo XIX apareció la *Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas* y se fundó la *Gaceta Médica de Caracas* (Archila, 1952:54). Cabe resaltar que la *Gaceta Médica de Caracas* fue editada por muchos años por uno de los más notables representantes de la medicina venezolano, en este caso Luis Razetti (Archila, 1982:70; Rodríguez Rivero, 1931:323). Debido a las enormes contribuciones de Luis Razetti a la medicina científica de Venezuela durante el período 1893-1934, a dicho período se le conoce como la *Era de Razetti*. Entre sus grandes contribuciones, además de concebir junto con Santos Dominici la idea de fundar la *Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas* y fundar y editar la *Gaceta Médica de Caracas*, Luis Razetti se destacó grandemente por fundar el Instituto Pasteur de Caracas en 1895, el Colegio Médicos de Venezuela en 1902, la Academia Nacional de la Medicina en 1904 y el Instituto Anatómico en 1911 (Cordero Moreno, 1998:95).



Figura 19. El Doctor Luiz Razetti, máximo exponente de la medicina científica venezolana.

Por último, deben destacarse las actividades de laboratorio durante el período estudiado. A finales del siglo XIX sobresale la introducción de la bacteriología, disciplina impulsada en el medio médico venezolano por José Gregorio Hernández, Santos Aníbal Dominici, Enrique Meier Flegel y a principios de siglo XX por Rafael Rangel. El establecimiento de la Cátedra de Histología Normal y Patológica, de Fisiología Experimental y de Bacteriología (1891), del Instituto Pasteur de Caracas (1895) y de Laboratorio del Hospital Vargas (1902) son tres grandes hechos que impulsaron definitivamente las actividades de laboratorio en Venezuela. En el siglo XX y junto a Rafael Rangel también figuran J. R. Rísquez, J. B. Ascanio Rodríguez, Eudoro González, Juan Iturbe, Alberto J. Fernández, Enrique Tejera y L. Briceño I. en esta rama de la medicina (Archila, 1966:392-394).

En el siglo XX la medicina científica en Venezuela tomó un giro prácticamente irreversible hacia las especialidades y subespecialidades. La preparación de los especialistas se desarrolló por medio de los cursos de postgrado y se hizo una diferenciación conceptual entre internista y médico general. Al mismo tiempo se clasificó a la medicina interna dentro de las especialidades. Por otra parte, también es notable la aparición y desarrollo de las sociedades médicas especializadas, la intervención del Estado en la Asistencia Médico-Social, la tendencia integralista en lo científico y en lo administrativo, la tendencia a la asociación (creación de gremios médicos) y la colegiación del personal paramédico y sindicalización del personal obrero (Arvelo-Angulo, 1979:239-244). Cabe destacar que la

primera Escuela de Enfermeras se funda en el año 1913 y estuvo bajo la dirección del Dr. Francisco Antonio Rísquez (Angulo-Arvelo, 1979:92):

En las primeras tres décadas del siglo XX, el alto grado de especialización que se observa en la medicina científica de Venezuela se puede desglosar de la siguiente manera: *Primera década*: Continúan su desarrollo: Oftalmología; Obstetricia; Urología; Pediatría y Bacteriología. Inicianse: Otorrinolaringología; Radiología; Ginecología; Dermatología y Leprología. Rafael Rangel establece la Era de la Parasitología en Venezuela. *Segunda década*: Anatomía Patológica. Tisiología. *Tercera década*: Fragmentación de la cirugía general en diversas ramas especializadas. Psiquiatría y Neurología. *Cuarta década*: Consolídase la Urología. Se inician: Cardiología, Traumatología y Ortopedia, Gastroenterología, Venereología, Salud Pública y Nutriología. Debe destacarse que el período más activo en cuanto al número de especializaciones fue entre los años 1930 a 1940. Archila añade que en Venezuela el pleno desarrollo de la medicina en todos sus aspectos tuvo lugar al desaparecer la prolongada dictadura del General Juan Vicente Gómez, concretamente a partir del año 1936 (Archila, 1966:393).

Por otro lado, cabe notar que la medicina científica en Venezuela fue mayormente influenciada por la medicina científica europea, en especial la francesa. Esto sucedió en parte debido a que muchos médicos venezolanos, notablemente José Gregorio Hernández, Luis Razetti, Pablo Acosta y Santos Dominici realizaron sus estudios en Francia (Cordero Moreno, 1998:110, Perera, 1951:221). No obstante, también se detecta cierta influencia de la medicina científica alemana. En particular, esto se debió a un interés creciente a favor de la medicina tropical, la cual se convirtió en una ciencia independiente en Alemania. A través de las destacadas labores del Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo, la influencia de la medicina científica alemana llegó hasta América, incluyendo a Venezuela (Archila, 1978:90-91).

Debe también ponerse de relieve lo relacionado con la materia hospitalaria. Durante el periodo 1845-1935, lo más notable fue la construcción del Hospital Vargas en 1891. Según Archila, la construcción de este centro de salud marcó uno de los jalones más importantes no solo desde un punto de vista específico, sino también en cuanto se refiere a la historia médica de Venezuela. En efecto, su significado es múltiple. Primero, el Hospital Vargas reemplazó a los antiguos hospitales coloniales, rompió con la arquitectura tradicional e introdujo el primer tipo de construcción moderna, *ad-hoc*, que respondió al nuevo concepto funcional de edificaciones a base de pabellones aislados, ejemplificado por el Hospital San

Bartolomé de Londres, construido en siglo XVIII y por el Hospital Lariboisière de París, terminado a mediados del siglo XIX. Segundo, la construcción del Hospital Vargas equivalió a la solución inmediata al angustioso problema asistencial que vivía para entonces la ciudad de Caracas, con la significativa circunstancia de que por su amplitud, su dotación material y su personal facultativo, se convirtió en el centro médico más importante del país. Tercero, el Hospital Vargas desde un principio colaboró grandemente con la Facultad de Medicina de la Universidad Central, constituyéndose en sede de diversas cátedras y en centro de práctica para los estudiantes de Medicina. Por último, el Hospital Vargas aportó al progreso de la medicina venezolana. Dicha contribución obedece a varios factores, entre los cuales los principales son: la orientación docente; la promoción de las especialidades médicas y el afianzamiento de ciertos servicios que se conceptúan fundamentales en los hospitales modernos. Además, este centro de salud puso en marcha la revolución que aun no había logrado afianzarse en el ambiente hospitalario venezolano: la anestesia, la antisepsia y la asepsia que venían practicándose con grandes dificultades por los médicos y en consultorios y clínicas privadas (Archila, 1966:374-375).

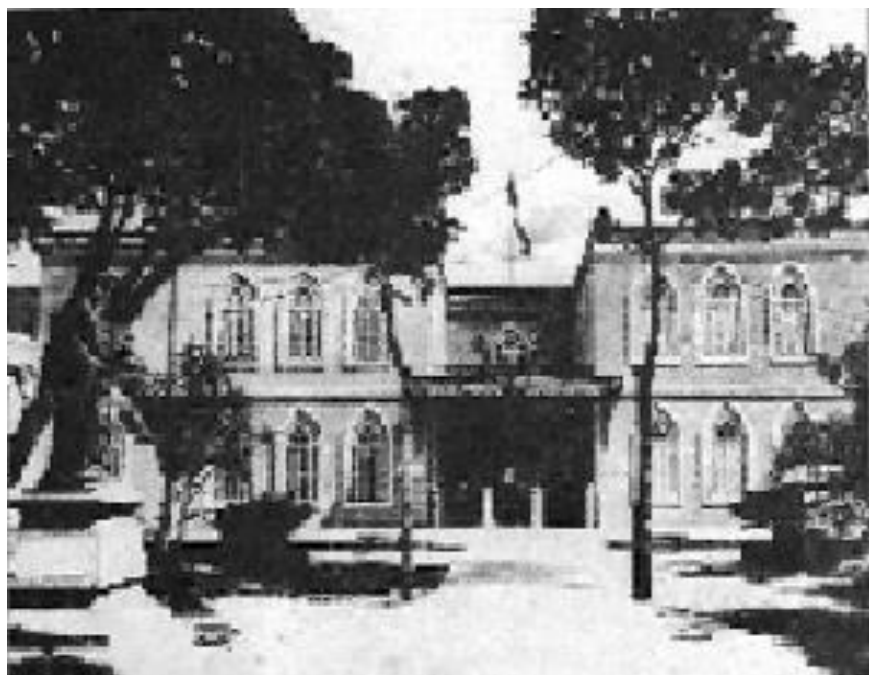


Figura 20. El Hospital Vargas de Caracas construido en 1891.

Por otra parte, a pesar de la existencia de una medicina científica que gradualmente fue mejorando y eventualmente alcanzó un alto grado de especialización, al revisarse la historia médica de Venezuela, no se puede descartar y echar a un lado la medicina tradicional, la cual probablemente tuvo mayor auge antes de la segunda mitad del siglo XIX, pero cuyo legado siguió latente en el siglo XX. En sus dos formas, curación con remedios hierbales y sanación espiritual, la medicina tradicional todavía juega un papel de importancia en

Venezuela, a pesar de los avances de la medicina moderna y a pesar del establecimiento de dispensarios y hospitales en todas partes del país. Sobresalen en la medicina tradicional de Venezuela, los yerbateros quienes trabajaban con métodos tradicionales, y algunos de ellos alteraron las antiguas prácticas e incorporaron aspectos de la medicina naturista moderna, para atraer clientes educados. También sobresalen los adeptos del culto de María Lionza, quienes curaban a los pacientes por medios mágicos y la supuesta intervención de espíritus. Estos ritos tenían valor terapéutico debido al impacto psicológico sobre los enfermos. (Elk-Poltz, 2001:209).

Dentro del marco de la medicina tradicional, debe destacarse la medicina indígena, en la cual había especialistas a los que se designaba con distintos nombres, siendo el de mayor jerarquía el médico sacerdote o *piache*. Este personaje poseía poderes extraordinarios para curar toda clase de enfermedades y dominar los elementos surgidos de la naturaleza. También se destacan dentro de la medicina indígena, los brujos, adivinadores, ensalmadores, sobadores, cirujanos, parteras, oculistas, internistas de oídos, sangradores y hasta médicos generales y especialistas. El *piache*, además de su práctica (chupar, masajista, cirujano, etc.), era un gran conocedor de las propiedades medicinales de la flora, fauna y otros elementos de la región, así como su preparación y aplicación (Alegoría, 1963:205- 206).

En Venezuela, el curanderismo probablemente tuvo mayor influencia durante el período colonial (1507-1810). Esto se debió en gran parte al hecho de que el curanderismo estaba arraigado en los siglos pre-colombinos, la herencia del *piache*, y las peculiaridades sociológicas locales, en particular el mestizaje. Durante el período colonial, la balanza estuvo marcadamente inclinada hacia la medicina empírica o tradicional, en detrimento de la medicina científica, la cual luchaba dificultosamente por abrirse paso y estructurarse. Esto dio como resultado una convivencia obligada entre médicos, cirujanos, herberos, flebotomistas y curanderos. En término numéricos, los curanderos ocuparon el primer puesto en el período colonial, algo que quizás no ocurrió en el resto de América Latina (Archila, 1961:313).

4.1.3. Salud pública

El sistema de salud pública en Venezuela tiene sus orígenes en la primera parte del siglo XIX, cuando en 1817 se crea un organismo de Sanidad que aunque con diversos nombres, intermitencias, desapariciones y reapariciones, se mantuvo y precedió a la organización que se iniciaría en 1909. En la primera parte del siglo XIX, Venezuela estuvo bajo el azote de

los males epidémicos tradicionales, aunque sólo se registró una gran epidemia, específicamente la del cólera entre 1854 y 1857. Durante este tiempo, la asistencia hospitalaria se desarrolló muy lentamente y fue de fundamental modalidad caritativa, como lo demuestra la fundación en Caracas de la Junta de Beneficencia (Angulo-Arvelo, 1979:72). Era la ciudad capital precisamente la que generalmente recibía los mayores beneficios de los avances en materia hospitalaria. En 1876, por ejemplo Caracas contaba con 6 hospitales con un total de 246 camas (Angulo-Arvelo, 1979:55-66).

Según Archila, durante el siglo XIX la salud pública se caracterizó por impulsos más vigorosos y pronunciados, cuales fueron la aparición de los primeros organismos específicos y por un respaldo legal, consistente en la promulgación de leyes sanitarias. Sin embargo, durante dicho siglo, dos rasgos dominan la evolución histórica del proceso sanitario: 1º la falta de programas continuados, sistemáticos, 2º la ausencia, dentro de la administración pública, de una institución centralizada, única, estable, con rango definido, encargada de las funciones de salud pública (Archila, 1966:382). Específicamente, durante el siglo XIX los únicos organismos de índole sanitaria fueron: las Juntas de Vacunación; las Juntas de Sanidad; las Comisiones Sanitarias y las Medicaturas de Sanidad. Funciones agregadas de salud pública también la ejercieron la Facultad Médica y el Consejo de Médicos. Por otra parte, un Decreto Ejecutivo de marzo de 1882 confirió a la Dirección Política del Ministerio de Relaciones Interiores la atribución de velar por la salubridad pública. En la práctica, desde 1830 hasta la creación del Ministerio de Salubridad de Agricultura y de Cría en 1930, las actividades sanitarias estuvieron siempre, directa o indirectamente, bajo la dependencia del citado Despacho de Relaciones Interiores. Por último, es de notar que en agosto de 1889, se creó el cargo de Inspector General de Higiene en el Distrito Federal (cargo eliminado en 1901). En conclusión, salvo los organismos citados y las incidencias narradas, no hubo durante el siglo XIX una organización estable y de amplitud nacional, aunque hubo numerosas instituciones. Faltó unidad y continuidad de acción. La creación y estructuración definitiva del servicio sanitario estaría reservado para el siglo XX (Archila, 1966:385).

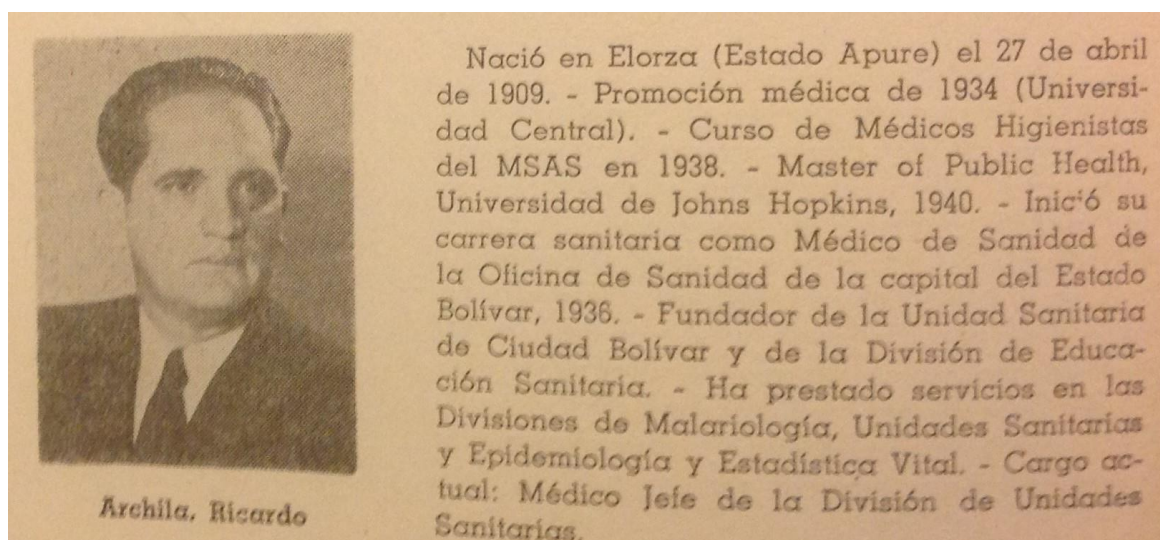


Figura 21. El Dr. Ricardo Archila, autor de la Historia de la Sanidad en Venezuela, la obra más completa sobre la historia de la salud pública de Venezuela.

Entrado el siglo XX, Archila estima que desde 1900 hasta 1935, los progresos en materia sanitaria fueron lentos, irregulares, hasta el punto de que se pudiera hablar de sanidad retardada. Sin embargo, con la creación de la Oficina de Sanidad en 1911, Venezuela inicia una etapa más coherente y organizada en materia de salud. Dicha oficina sería reemplazada en 1930 por Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría. Este organismo sería a la vez reemplazado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936. Con estas etapas queda más o menos esquematizada la historia de la salud pública en Venezuela en las primeras tres décadas del siglo XX (Archila, 1956:116-117).

Antes de adentrarnos en una breve descripción de la Oficina de Sanidad Nacional, el Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social conviene resaltar que desde 1900 hasta 1911 existieron varios organismos de vida muy efímera, los cuales intentaron crear un proceso más coherente y eficaz en pro de la salud pública en Venezuela. La lista incluye los siguientes organismos: a) Dirección de Higiene y Estadística Demográfica, b) Comisión de Higiene Pública, c) Consejo Superior de Higiene y Salubridad Pública, d) Dirección de Higiene y Salubridad Públicas y e) Junta Central Directiva de la Salubridad Pública. De estos organismos, sobresalen en particular la Dirección de Higiene y Estadística Demográfica y la Comisión de Higiene Pública. La Dirección de Higiene y Estadística Demográfica fue principalmente de carácter local y limitada a Caracas. En cambio, con la creación de la Comisión de Higiene Pública en 1909, la trayectoria de la sanidad se orientó netamente hacia organismos de índole nacional. De esta manera y por primera vez en Venezuela, el proceso que tuvo un organismo municipal, asumió luego y se estructuró definitivamente en forma de institución nacional. Sin embargo, la Comisión de Higiene Pública, dependiente del Ministerio de Relaciones

Interiores, duró menos de un año (1909-1910). Estuvo integrada por el Consultor de Higiene Pública, cinco médicos (entre ellos el Dr. Luis Razetti, Secretario Perpetuo de la Academia Nacional de la Medicina), un ingeniero y un abogado. Esta comisión fue fundada debido a la presión de la Academia Nacional de Medicina, pero el factor determinante fue la presencia de la peste bubónica en la capital de la República. Pese a su corta existencia, la Comisión de Higiene Pública contribuyó en buen parte a echar las bases sobre la cual se levantó el edificio de la sanidad venezolana, cuya plataforma definitiva, como se verá más adelante, la constituyó la Oficina de Sanidad Nacional (Archila, 1966:386).

Según Archila, la Oficina de Sanidad Nacional (1911-1930), llenó por sí sola una fecunda etapa en la historia de la salud pública venezolana. Su radio de acción abarcó toda la República y su organización se basó sobre servicios técnicos diversificados, permanentes y respaldados por una unidad en la legislación respectiva (la primera Ley de Sanidad se promulgó en 1912). Durante esta época se puso énfasis en el saneamiento del ambiente físico. Muy importante fue el hecho de que por primera vez se estableció una red de servicios locales en el interior de la República. En 1930, cuando la Oficina de Sanidad Nacional pasó a formar parte del Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría, las dependencias sanitarias del interior comprendían: Medicaturas de los Estados; Oficinas Subalternas en los Puertos e Inspectorías y Comisiones de Sanidad. A la Oficina de Sanidad, están íntimamente vinculados los nombres de dos de nuestros más sobresalientes sanitaristas del pasado: los doctores Samuel Darío Maldonado y L. G. Chacín Itriago cuya influencia (en su condición de Directores) fue profunda y decisiva. Los veinte años de la Oficina de Sanidad Nacional representan una notable fase de crecimiento, durante la cual empezó la cristalización de la moderna organización sanitaria venezolana. Se crearon durante esta época el primer Dispensario Antivenéreo, el primer Dispensario Antituberculoso de Caracas, el Servicio de Vigilancia e Inspección Sanitaria Escolar y el Servicio de Certificación de Salud (Archila, 1966:387).



Figura 22. Oficina Central de Sanidad Nacional, Caracas.



Figura 23. Oficina de Sanidad Nacional-Dispensario Antivenéreo de Caracas.

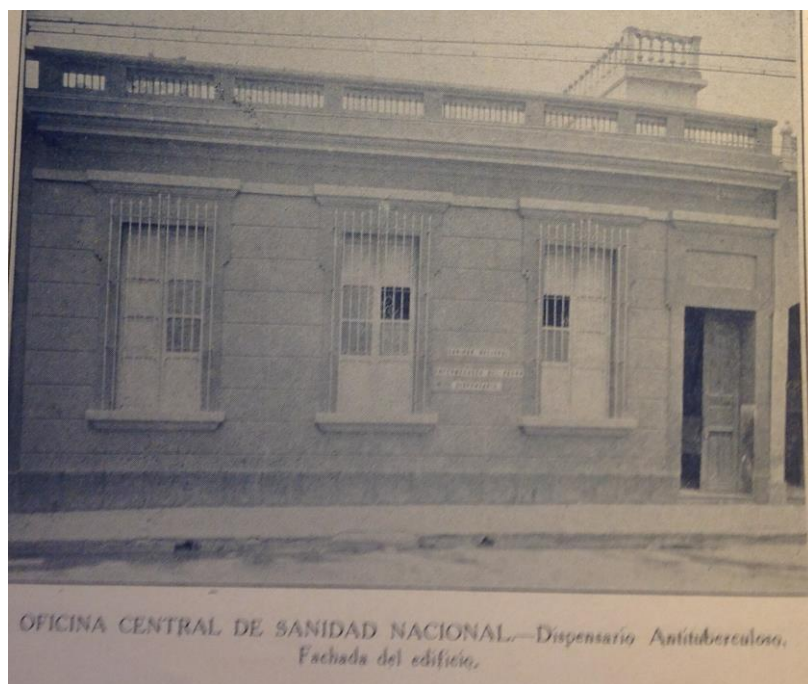


Figura 24- Oficina de Sanidad Nacional-Dispensario Antituberculosos de Caracas.



Figura 25. Oficina de Sanidad Nacional-Servicio de Vigilancia e Inspección Sanitaria Escolar.



Figura 26. Oficina de Sanidad Nacional-Servicio de Certificados de Salud.

Como antes indicado, la Oficina de Sanidad Nacional fue reemplazada por el Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, el cual fue creado el 11 de agosto de 1930. Según Archila, la creación de este ministerio como reemplazo de la Oficina de Sanidad Nacional se debió a la necesidad de aliviar el recargo de las múltiples y variadas materias que tenían otros departamentos, dado el desarrollo alcanzado por Venezuela en todos los ramos de la administración pública (Archila, 1956:199-200). En lo que se refiere a Salubridad, el Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, llegó a contar con dos grandes Direcciones: la Dirección de Salubridad Pública (comprendidas de Medicaturas de Sanidad de los Estados) y la Dirección de Sanidad del Distrito Federal. Durante la existencia de este Ministerio se impulsó en gran manera la labor materno-infantil, la lucha antituberculosa (creación del Laboratorio BCG y decreto sobre construcción del Sanatorio Antituberculoso), la campaña antivenérea (nuevos Dispensarios) y la lucha antileprosa (organización hospitalaria de los Leprocomios). También recibió un gran empuje la lucha contra los problemas básicos del paludismo y la anquilostomiasis. Estos esfuerzos se beneficiaron grandemente con la celebración de las denominadas Conferencias Sanitarias Nacionales, específicamente la de 1930 dedicada a la anquilostomiasis y la de 1931, al paludismo, y con la participación de la Institución Rockefeller. Este organismo norteamericano ya durante el lapso 1927-1928 había llevado a cabo en Venezuela una encuesta dirigida al estudio de la anquilostomiasis y del paludismo. Más tarde, de 1929 a 1933, el Gobierno concertó un programa cooperativo con la Institución Rockefeller dirigido a una campaña contra la anquilostomiasis (Archila, 1966:387-388).

4.1.4. El Registro Parroquial

Como se verá más adelante, Venezuela no contó un Registro Civil hasta el último cuarto del siglo XIX. En la ausencia de un Registro Civil, la tarea de asentar y llevar cuenta de estadísticas vitales como nacimientos, matrimonios y defunciones sería labor exclusiva de la Iglesia Católica a través de los registros parroquiales. En Venezuela, como en casi todas las posesiones españolas, pudo haber existido un registro eclesiástico de bautismos desde la primera mitad del siglo XVI. Sin embargo, hasta ahora no se ha encontrado en los archivos parroquiales libros de bautismos antes de 1550. Estos registros eran todavía muy poco sistemáticos, incompletos, de escasos detalles demográficos y carentes de continuidad. No queda claro cuándo la Iglesia Católica inicia un proceso sistemático de asentar nacimientos, matrimonios y defunciones de una mejor calidad. Sí se sabe que es a partir del siglo XVIII cuando se consiguen en los archivos parroquiales libros de bautismos, casamientos y entierros más continuos y con datos más detallados. También se sabe que el mejoramiento del registro se debió en gran parte a las disposiciones sinodales de Caracas que, como las de 1687, establecieron en forma precisa los requisitos para que cada iglesia mantuviera un libro de difuntos, uno de bautizados y otro para los que contraían matrimonio. Fueron pues los Sínodos Diocesanos de Caracas los que crearon un ordenamiento eclesiástico que permitió el registro de los tres hechos vitales más importantes, es decir, los matrimonios, los nacimientos y las defunciones. Este sistema eclesiástico de inscripción de tales actos se prolongó por lo menos hasta la primera década del siglo XX. Cabe destacar que a través del primer Código Civil, el cual estuvo vigente a partir de 1863, se establecieron normas que transformaron a los curas párrocos en cooperadores de las autoridades civiles. De hecho, el Código Civil de 1862 o Codificación de Páez, como también se le conoce, dispuso que los curas estaban en la obligación de llevar por duplicado el registro de los nacimientos, matrimonios y defunciones. A partir de esa fecha, se empezó a hablar de registro civil, sobre todo después del Código Civil de 1867 que reforzó la tendencia a la secularización del registro eclesiástico (Fundación Polar, Diccionario de la Historia de Venezuela, 1988:343-344).

Debe mencionarse que en lo referente a las partidas de defunción, aunque el Código Civil de 1862 intentó por primera vez implementar una partida de defunción coherente y encaminada a la recolección de información de índole demográfica, el mismo no exigió una causa de muerte precisa, limitándose el requisito a determinar si la muerte fue había sido natural o violenta (Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia-Codificación de Páez, 1974: 90-91).

Dado lo expuesto sobre los registros parroquiales, no es sorprendente entonces que dichos registros hayan jugado tan importante papel en la incipiente estadística demográfica de Venezuela. La Iglesia Católica, uno de los ejes principales de la monarquía española en su misión colonizadora, hizo sentir su influencia en Venezuela a partir de 1531, año en que se estableció el primer Obispado de Venezuela en la ciudad de Coro (Siso Martínez, 1965:180). Desde los tiempos coloniales, la vida civil estuvo gobernada por la Iglesia, igual la constitución y funcionamiento de la familia y el registro de nacimientos, matrimonios, testamentos y defunciones. Además, fue la Iglesia la que rigió las herencias, la que aclaró parentescos y precisó el lugar social de cada quien, dicho lugar social dictaminado por la blancura relativa de la piel (Salcedo-Bastardo, 1972:146-147). Por otro lado, el desempeño de la Iglesia como administradora de los registros parroquiales probablemente no siempre fue óptimo y eficaz como lo demuestra la siguiente declaración encontrada en el Manual de la Dirección General de Estadísticas y Censos Generales sobre la Iglesia Parroquial de El Sombrero, Estado Guárico, población localizada a más o menos 120 kilómetros al oeste de Valle de la Pascua, *«la Iglesia de El Sombrero está servida hace muchos años por un cura inútil, por lo que se nota las faltas de matrimonio y bautismos que tampoco efectúan los demás curas del Estado, sino mediante una señalada y onerosa cuota, cuya carencia priva en muchas ocasiones a nuestros infelices compatriotas de llenar deberes que les dan sagrados fueros»* (Dirección General de Estadísticas y Censos Generales, 1873:258).

Es indudable que las estadísticas demográficas encontradas en los registros parroquiales tienen un valor histórico incalculable. Merecen especial atención las estadísticas demográficas obtenidas de los registros parroquiales para los años 1830-1845. Estas estadísticas llamadas de “Páez” por haberse iniciado durante el Gobierno del General José A. Páez son las más antiguas que existen y son de gran utilidad para el análisis demográfico de Venezuela. Estos datos, probablemente por ser un producto de los Registros Parroquiales, presentan una menor omisión en los nacimientos que en las defunciones. Al nacimiento tarde o temprano se le celebraba el bautismo, en cambio en las defunciones, obviamente no ocurría lo mismo, respecto a los servicios religiosos de la inhumación. Debe tenerse presente sin embargo, que una importantísima parte de la omisión de los nacimientos corresponden a recién nacidos y a niños de edades muy jóvenes que murieron sin que se hubiese celebrado el bautismo tal como se hace normalmente. La práctica de enterramiento en solares y zonas rurales de niños muertos, se cumplió en Venezuela hasta bien entrado el siglo XX (Páez Celis en Bidegain, 1987:55).

4.1.5. El Registro Civil

Una vez que se lograra la independencia de España en 1824 y se formara la Gran Colombia, los países componentes de la misma (Colombia, Ecuador y Venezuela) se dieron cuenta de la necesidad de crear un Registro Civil que llevase cuenta de las estadísticas vitales de la nación. Sin embargo, un Registro Civil no se establecería en la corta existencia de la Gran Colombia, la cual fue disuelta en 1830. La tarea de crear un Registro Civil quedaría para la Venezuela que arrancó como república independiente ese mismo año. No obstante haberse establecido las oficinas de Registro por la Ley de 1836, según los dictados de ella los protocolos de nacimientos, de muertos y de matrimonios se llevarían en la forma que determinaría el Código Civil, cuya génesis no comenzó hasta 1862 (Ascanio Rodríguez, 1925). El Registro Civil se estableció en Venezuela en 1873 aunque por razones no claras no se produjeron recopilaciones estadísticas de los nacimientos y defunciones sino desde 1875. Antes de 1873, existieron estadísticas basadas en registros parroquiales, principalmente para el período 1830-1845. Para los períodos 1846-1874, 1879-1886 y 1895-1903 no existen o al menos no se han encontrado datos estadísticos sobre nacimientos y defunciones. Para el Distrito Federal existen datos parciales sobre nacimientos y defunciones para el período 1873-1886. La serie estadística en base al Registro Civil puede ser dividida en cuatro partes; la serie del siglo pasado 1875-1894, la cual a la vez se divide en dos lapsos, 1875-1878 y 1885-1894; la serie de 1904-1912; la serie de 1913 a 1935 y la serie que se inicia en 1936. Esta clasificación está basada en consideraciones de calidad y contenido de la información (Páez Celis en Bidegain Greising, 1987:57). Este desglosamiento se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. La evolución del Registro Civil en Venezuela	
Período	Registro Civil-Tipo de datos
1875-1878	Datos globales de nacimientos y defunciones
1885-1894	Tanto para nacimientos como para defunciones se tiene sólo la clasificación por sexo y la distribución por Entidades Federales.
1904-1912	Nacimientos: sexo, tipo de parto, filiación y nacionalidad de la madre y el padre (a partir de 1909, edad de la madre y el padre). Defunciones: sexo y edad, causas de la muerte, nacionalidad, estado civil.
1913-1935	Tanto para los nacimientos como para defunciones, sólo se han obtenido los totales.
1936 en adelante	Nacimientos: sexo, tipo de parto, filiación, instrucción, profesión, nacionalidad, edad (de la madre). Defunciones: edad, sexo, profesión y estado civil.
Fuente: Julián Páez Celis, en <i>Estado Actual de los Estudios de la Población en Venezuela</i> , 1987:57. Elaboración propia.	

Como hemos mencionado, el Registro Civil se inició en Venezuela el 1ro de enero de 1873, cuando el presidente Antonio Guzmán Blanco decretó la «Ley sobre Registro del Estado Civil», la cual dispuso que, «los nacimientos, matrimonios y defunciones se harán constar

en un registro especialmente destinado a este objeto...». A partir de ese momento, la inscripción de tales hechos, junto con la de los reconocimientos, adopciones etc. se hizo en forma continua, permanente y, hasta cierto punto obligatoria. Las leyes del Registro del Estado Civil fueron modificadas en 1896, 1904, 1916, 1922 y 1942, principalmente para mejorar su aplicación y corregir algunas imperfecciones que fueron inevitables. Aunque el funcionamiento del Registro Civil eventualmente dio como resultado una inscripción más eficiente de los matrimonios, nacimientos y defunciones en Venezuela, en las condiciones sociales de la época de Guzmán Blanco y la de la seis décadas siguientes, el registro de esos hechos por las autoridades civiles no estuvo muy por encima del que efectuaban los curas párrocos. Esto se debió a la elevada proporción de analfabetos del país, la gran dispersión de su población y la continua inestabilidad política. No sería hasta después de 1950 cuando las inscripciones de nacimientos, matrimonios y defunciones se tornaron más satisfactorias, ya que las exigencias de la vida urbana, que aumentaban cada vez más, transformaron el registro de los hechos vitales en requisito indispensable (Fundación Polar, 1988: 344).

Para los efectos de este estudio, vale la pena hacer referencia al porcentaje de omisiones existentes en el Registro Civil en lo que se refiere a defunciones. Páez Celis afirma que para el período 1887-1891, la tasa de omisión en el Registro Civil era de un 33 por ciento, y para el período 1904-1936, el problema se tornó mucho más complejo, en particular por la calidad (o falta de ella) de los Censos de 1920, 1926 y 1936, y por el aumento de la mortalidad. Un tercer factor fue la eliminación de la Dirección General de Estadística entre 1913 y 1935. La omisión en las defunciones para este período se puede deducir aproximadamente con el auxilio de las frecuencias de las causas de muerte y de la distribución por edades de las defunciones. Este autor añade que durante el período 1904-1935, el Registro Civil no mejoró en lo absoluto y hasta se podría pensar que más bien hubo un deterioro, asignándole por consiguiente una tasa de omisión no menor al 30 por ciento. A partir del quinquenio 1936-1941, se presenta una creciente mejoría en el registro de las defunciones. Es determinante el período 1945-1955 porque es durante esos años cuando se implementan en el país varios programas sanitarios, se incrementó el proceso de urbanización y se expanden programas educacionales, de transporte etc. La omisión de las defunciones cae aceleradamente hasta una cifra cercana al 6 por ciento, para bajar más lentamente hasta el 3 por ciento en 1965. Por otro lado, Chi Yi Chen y Michel Picouet también han calculado porcentajes de sub-registro para ciertos años del siglo XX, específicamente indicando un 24,0%, 21,0%, 21,8% y 14,3% para los años 1936, 1941, 1951 y 1961 respectivamente (Páez Celis en Bidegain Greising, 1987:57-59). El porcentaje

de omisiones de defunciones entre 1875 y 1961 calculado por Páez Celis se presenta en la tabla 2.

Aunque los cálculos presentados en la tabla 2 difieren en cierto modo, queda claro que a lo largo del período 1875-1961, el porcentaje de sub-registro de defunciones fue bastante apreciable.

Tabla 2. Porcentajes de subregistro de defunciones en Venezuela, 1875-1961.		
Años	Porcentaje Sub-Registro-Páez Celis	Porcentaje Sub-Registro – Chen y Picouet
1875-1878	-	-
1885-1894	33,0	-
1904-1935	31,0	-
1936	24,0	24,0
1940	38,6	-
1941	21,0	21,0
1950	21,6	-
1951	21,8	-
1955	6,7	21,8
1960	6,3	-
1961	3,3	14,3
Fuente: Páez Celis en Bidegain Greising, 1987:59; Chen y Picouet, 1979:144. Elaboración propia.		

4.1.6. La estadística vital

Ampliamente ligada tanto al Registro Parroquial como al Registro Civil es la estadística vital. Archila provee el mejor recuento de la evolución de esta disciplina en la Venezuela independiente. Después de destacar una etapa inicial que abarca el período colonial hasta el nacimiento de la República de Venezuela en 1830 y donde sobresalen las aportaciones de los religiosos y las de los ilustres viajeros científicos, Archila ha esquematizado el desarrollo de la estadística vital en Venezuela en cuatro etapas. La primera etapa comprende desde la iniciativa de Antonio Leocadio Guzmán en el año de 1830 hasta el año de 1870; en ella tienden a consolidarse las actividades estadísticas. La segunda fase corresponde al Presidente Guzmán Blanco, el creador de la estadística oficial; comienza en 1871 y se extiende hasta fines del siglo XIX. El tercer período comprende desde 1904 hasta 1934; se destaca durante este período la figura de Pedro Manuel Ruiz, Director General de Estadística, a quien se tiene como el verdadero iniciador de la técnica estadística en el país. Por último, la época contemporánea, la cual se inicia con la Ley de Estadística correspondiente al 17 de junio de 1935 (derogada posteriormente por la Ley del 22 agosto de 1938). El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social jugó un papel fundamental en crear y madurar la estadística vital que existía en Venezuela a finales de la década de 1940 (Archila, 1949:14).

Expandiendo un poco más sobre la esquematización de Archila se puede decir lo siguiente. La estadística vital arranca en Venezuela en el último cuarto del siglo XVIII. Consisten los primeros datos en las matrículas de población levantadas por los religiosos. Aunque figura al Obispo Martí como un lejano precursor de la estadística vital en Venezuela, fue en realidad su auténtico iniciador Antonio Leocadio Guzmán, célebre político venezolano, padre del Presidente Guzmán Blanco. En 1830, siendo Secretario del Interior y Justicia en el Gabinete del General Páez, Antonio Leocadio Guzmán ordenó levantar la estadística del país. Estos esfuerzos dieron como resultado las «Memorias Estadísticas», ampliamente reconocidas, por los muchos méritos que tienen tales publicaciones, consideradas en el país como precursoras no sólo de los estudios estadísticos, sino también de la Geografía Económica. El verdadero creador de la estadística oficial lo fue el Presidente Guzmán Blanco, quien decretó el 9 de enero de 1871 la Dirección General de Estadística anexa al Ministerio de Fomento. Fueron productos de la organización inicial: los censos de la República y los Anuarios Estadísticos. El primer censo de la población digno de crédito corresponde al año 1873 (Archila, 1949:14).

Para los efectos de este estudio, las partidas de defunción constituyen la fuente fundamental, cuya falta anularía prácticamente los objetivos del mismo. La estructura o formato de las partidas de defunción parece haber tenido sus orígenes en 1891, en el entonces recién fundado Hospital Vargas, localizado en Caracas. En dicho hospital se originó el primer cuadro estadístico, el cual fue oficialmente reconocido al ser publicado en la Memoria que el Gobernador del Distrito Federal presentó al Congreso Nacional en 1892. Más precisamente, el primer cuadro estadístico emanado del Hospital Vargas se denominó “*Cuadro Demostrativo de Entradas, Salidas y Defunciones Habidas en el Segundo Semestre de 1891.*” (Beaujon, 1961:1230).

A pesar del empuje que tuvo la estadística vital gracias a Guzmán Blanco, esta disciplina estuvo relegada a un segundo plano a finales del siglo XIX, en particular debido a las pugnas políticas que a menudo afectaban la organización y estructura de los varios Ministerios y oficinas administrativas. Quizás lo más notable a finales de siglo fue la publicación del Anuario Estadístico de 1894 a un costo de Bs. 74.000,00. En total se publicaron 15.000 ejemplares de este anuario en español, alemán, inglés y francés (Rodríguez, 1972:201).

Debe prestarse particular atención en el último cuarto del siglo XIX a la determinación de la causa de muerte, un proceso que por lo visto fue más que deficiente. Según Villavicencio,

los cuadros de mortalidad levantados por la Dirección General de Estadística, con pocas excepciones, no presentaban una causa de muerte precisa. Apenas se podía concluir que la tuberculosis y las enfermedades de consunción ocasionaban más de la sexta parte de las muertes en el Distrito Federal; que el tétano infantil era muy común, y que también eran muy frecuentes las lesiones orgánicas del corazón y de los gruesos vasos. Aun así, en lo que se refiere a la tuberculosis, por ejemplo, no se podía precisar cuántas muertes se debían a la tuberculosis del pulmón y cuántas a la tuberculosis en otros órganos. La anotación de un diagnóstico en términos demasiados vagos, o el uso de palabras no conocidas en la patología entorpecían el proceso de llegar a conocer un perfil epidemiológico más preciso (Villavicencio, 1879:135-136).

No sería hasta 1904 cuando la estadística vital una vez más cobra vida al reinstalarse la Sección de Estadística y conferírsele el rango de Dirección General de Estadística e Inmigración. Bajo la acertada gerencia de Pedro Manuel Ruiz, esta entidad daría muy buenos frutos. Entre sus mayores logros figuran la publicación regular del «Boletín de Estadística» y la preparación de tres trabajos: «Población de Venezuela según el Censo Último (1891) de acuerdo con la División Política de 1904», «Morbilidad Nacional» y «Trabajo sobre las Pesas y Medidas». Al mismo tiempo se puso al día lo que se denominó Servicio Demográfico Mensual. También se restableció la publicación de los Anuarios Estadísticos, siendo publicados dichos anuarios para cada año del período 1905-1912 (Rodríguez, 1972:207).

La muy buena labor de la Dirección General de Estadística continuaría hasta 1914, año en que fue destituido Pedro Manuel Ruiz, y esta entidad pasó una vez más a segundo plano al ser relegada a ser una Sección del Ministerio de Fomento. La estadística vital entraría en una época de decadencia y para 1935 los servicios estadísticos, centralizados en el Ministerio de Fomento, no daban un rendimiento práctico (Rodríguez, 1972:211-212). Por otra parte, debe mencionarse que la adherencia a la Nomenclatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades fue definitivamente promulgada por el dictador Juan Vicente Gómez como lo demuestra el siguiente decreto publicado en la *Gaceta Médica de Caracas* en 1911 (Gómez, 1911:53):

1º. Que para el estudio eficaz del estado sanitario de la República interesa el conocimiento de la morbosidad de las Regiones por medio de la Estadística de las causas de muerte;

2°. *Que es el deber del Gobierno Nacional procurar la identidad en la forma de las certificaciones de defunción y obtener que todos los medios de la República adopten la Nomenclatura expedida por la Convención Internacional reunida en París en 1909.*

4.1.7. Perfil demográfico y epidemiológico

A continuación se presenta una descripción del perfil demográfico y epidemiológico de Venezuela durante el período 1845-1935. Dicha descripción comprende el tema de la población y los cambios experimentados por la misma durante el mencionado período. Por igual se toca el tema de la mortalidad general e infantil, proveyéndose cifras específicas extraídas de los anuarios estadísticos de Venezuela, prestándose particular atención a las tasas de mortalidad, la mortalidad por sexo, edad, mes y causa de muerte.

Población - La población venezolana durante el período 1845-1935 se caracterizó por presentar un muy lento crecimiento hasta bien entrado el siglo XX y por ser predominantemente rural durante la mayor parte del período. En la tabla 3 se presentan las cifras poblacionales, censales y no censales, del período 1845-1926. Como lo demuestra dicha tabla, el crecimiento poblacional fue lento y paulatino hasta más o menos 1920. De ese año en adelante, las cifras poblacionales se dispararon y como se verá más adelante prácticamente se duplicaron durante el período 1936-1961.

Tabla 3. Población de Venezuela (1844-1926)	
Año	Nº de habitantes
1844*	1.218.716
1847*	1.267.962
1854*	1.564.438
1857*	1.588.149
1873	1.732.411
1881	2.005.139
1891	2.221.572
1920	2.479.525
1926	2.814.131
Fuente: Tejera, 1875:353 y Chen, 1968:29. Elaboración propia.	
*Cifras tomadas de evaluaciones oficiales, pero no censales.	

La población de Venezuela del período 1845-1935 estuvo mayormente concentrada en las áreas rurales, sobre todo en la segunda mitad del siglo XIX. No sería hasta 1950 cuando comienza a cambiar la distribución porcentual rural-urbana. A partir de ese año, el porcentaje de la población urbana llegó a sobrepasar el 50%. Según el Censo Nacional de 1873, únicamente cuatro centros de población tenían más de veinte mil habitantes; doce poblaciones tenían entre diez y quince mil; treinta y siete tenían entre cinco y diez mil y ochenta y cinco entre mil y cinco mil. La mayoría de la población, en una proporción

superior al 90%, se encontraba diseminada en los campos y aldeas. En 1881 el número de poblaciones con más de veinte mil habitantes habían ascendido a cinco; veinticinco poblaciones tenían entre diez y quince mil; cuarenta tenían entre cinco y diez mil, y cien entre mil y cinco mil. La mayoría de la población, en una proporción del 92%, se encontraba diseminada en los campos, haciendas y aldeas. En 1891, el número de poblaciones con más de veinte mil habitantes había vuelto a descender a cuatro (Caracas, Maracaibo, Valencia y Barquisimeto); treinta poblaciones tenían entre diez y quince mil habitantes; ciento trece tenían entre mil y cinco mil. La población continuaba diseminada en condiciones rurales en una proporción del 90% (Brito Figueroa, 1986:316). Para 1936, la población urbana representaba un 28,9% de la población total (López, 1968:80), lo que implica un porcentaje de población rural de 71,1%.

Debe mencionarse que antes de 1873, se llevaron a cabo en Venezuela varias evaluaciones de la población, unas basadas en padrones eclesiásticos, otras mediante recuentos elaborados por las autoridades nacionales, específicamente mediciones de la población en las unidades administrativas (cantones) por las autoridades locales. También se llevaron a cabo evaluaciones mediante la ejecución de cálculos de la población empleándose métodos derivados. Sirven como ejemplo los casos de las estimaciones hechas por diversas personalidades nacionales y extranjeras. Estas evaluaciones son fundamentalmente del período 1810 hasta 1845 (Páez Celis en Bidegain, 1987:43).

Por otra parte, la población venezolana a principios del período que abarca este estudio pudo haber sido más numerosa de no ser por varios factores que impidieron su crecimiento. Según Brito Figueroa, el terremoto de 1812, la lucha por la independencia nacional, las emigraciones en masa de 1812, 1814 y 1816, la epidemia de 1818, la elevada mortalidad en el Valle de Aragua en 1825 y la peste en los llanos desde 1832 hasta 1838, contribuyeron grandemente a disminuir la población en 458.348 personas, es decir, en un 32,00%. Si se toma en consideración la tasa de incremento anual de 0,028 estimada por Agustín Codazzi, geógrafo italiano, la población venezolana en 1839 hubiera sido de 1.404.800 habitantes (Brito Figueroa, 1986:262). Debe mencionarse que no queda claro a qué epidemia de 1818 Brito Figueroa se refiere. Otros historiadores como Rodríguez Rivero sólo mencionan brotes de fiebre amarilla y viruela en los años 1817 y 1819 en la región centro-norte de Venezuela (Rodríguez Rivero, 1924:5-6).

En la medida en que las estadísticas disponibles lo permiten, vale la pena destacar la evolución de la población venezolana durante el período estudiado. Usando el crecimiento

vegetativo como medida y empezando en 1873, como se aprecia en la tabla 4 dicho crecimiento era de 20,2 por mil, el cual debe considerarse como muy alto. Sin embargo, ya para el segundo año censal, en este caso 1881, el crecimiento vegetativo bajó notablemente a un 10,4 por mil. El censo de 1891 arroja otro tanto, por cuanto el crecimiento vegetativo sólo alcanzó el 10,2 por mil. (Brito Figueroa, 1986:310).

Tabla 4. Crecimiento vegetativo en Venezuela. Años 1873, 1881 y 1891.				
Año Censal	Población	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento Vegetativo
1873	1.784.194	42,1	21,9	20,2
1881	2.075.245	34,9	24,5	10,4
1891	2.323.527	31,3	21,1	10,2
Fuente: Brito Figueroa, 1986:310. Elaboración propia.				

Como se aprecia en la tabla 5, hubo un repunte en la década de 1890, cuando la población venezolana presentó un ritmo de crecimiento vegetativo que osciló entre 13,2 y 15,1 por mil, el resultado de una elevada natalidad, pero también de una elevada mortalidad. Las constantes guerras civiles y las condiciones socioeconómicas y sanitarias, infrahumanas en general, contribuyeron a mantener la tasa de mortalidad entre 20 y 23 por mil (Brito Figueroa, 1986:311).

Tabla 5. Crecimiento vegetativo en Venezuela (1892-1894)						
Año	Nacimientos	Índice de nacimientos	Defunciones	Índice de defunciones	Diferencias	Crecimiento vegetativo
1892	80.919	35,5	46.410	20,4	34.509	15,1
1893	80.416	35,6	51.237	22,7	29.079	12,9
1894	81.296	36,3	51.716	23,1	29.580	13,2
Fuente: Brito Figueroa, 1986:311. Elaboración propia.						

Según Bidegain Greising, el crecimiento de la población venezolana fue muy lento desde el siglo XVII hasta principios del siglo XX, debido a las pésimas condiciones de higiene y saneamiento ambiental. Además, las continuas guerras unidas a las enfermedades provocaron una alta mortalidad no sólo infantil sino en todos los grupos etarios (Bidegain Greising en Bidegain Greising, 1987:124). Aguilera añade que además de las enfermedades endémicas y las continuas guerras civiles, el lento crecimiento poblacional también se debió a la ausencia de aportes inmigratorios (Aguilera, 1980:51-52).

A partir de 1920, se inicia en Venezuela un acelerado crecimiento de la población, lo cual fue posible gracias a que la mortalidad general empezó a descender al cesar las guerras civiles en los primeros años del siglo XX, lo que a la vez permitió que las generaciones alcanzaran las edades de mayor nupcialidad y fecundidad. También colaboraron en este proceso las mejoras en el nivel de vida y en la riqueza nacional, debido a la aparición del

petróleo en el país. Ese crecimiento llegó a constituir la explosión demográfica venezolana (Angulo Arvelo, 1979:103-104). Las estadísticas de natalidad y mortalidad dejan claro este punto. En la tabla 6 se presentan las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento para ciertos años del período 1905-1960. Como se aprecia en dicha tabla, la tasa de natalidad experimentó un significativo incremento, ascendiendo de un 32,5 por mil en 1905 a un 43,9 por mil en 1960. Por otro lado las tasas de mortalidad muestran un espectacular descenso entre 1905 y 1960, específicamente disminuyendo de 29,2 por mil a 8,4 por mil. Los marcados cambios en esta dos estadísticas, ascendente la primera y decreciente la segunda, contribuyeron a un incremento por demás significativo del crecimiento anual de la población, específicamente disparándose de un 0,33% en 1905 a un 3,55% en 1960 (Aguilera, 1980:54).

Tabla 6. Tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural de la población de Venezuela (1905-1960)			
Años	Tasas de natalidad	Tasas de mortalidad	Crecimiento anual
1905	32,5	29,2	0,33
1910	37,4	26,6	1,08
1915	32,5	29,1	0,34
1920	30,9	24,3	0,66
1925	38,1	21,9	1,62
1930	34,5	20,9	1,36
1935	32,7	20,6	1,21
1945	41,8	20,5	2,13
1950	44,7	18,2	2,33
1955	44,7	12,1	3,26
1960	43,9	8,4	3,55

Fuentes: Venezuela. Developing Countries of the World por Orlando Venturini y José Eliseo López y Ministerio de Fomento, Dirección General de Estadística y Censos Nacionales. Tomado de Aguilera, 1980:54. Elaboración propia.

Mortalidad general - La mortalidad general en Venezuela durante el período 1845-1935 presenta características muy peculiares y en su evolución intervinieron varios factores de peso, principalmente los conflictos bélicos, las enfermedades endémicas y la aparición del petróleo. Este último factor fue de particular importancia por cuanto su descubrimiento y posterior comercialización proveyó los recursos necesarios para que el gobierno emprendiera la gran lucha contra las enfermedades endémicas, especialmente el paludismo, cuya erradicación, entre 1945 y 1950, fue el principal factor en el gran descenso de la mortalidad general.

Como ya se expuso con anterioridad, la mortalidad general en Venezuela durante el siglo XIX no fue un fenómeno que ocurrió exclusivamente debido a las enfermedades endémicas. Las continuas guerras ocurridas durante este siglo jugaron un papel por demás fundamental. Según Angulo Arvelo, se estima que en total, y por la sola causa de la guerra en el siglo XIX, hubo una mortalidad de aproximadamente 360.000 venezolanos, en la gran mayoría hombres en la etapa de mayor fortaleza, madurez y productividad, y en la edad de mayor

nupcialidad y fecundidad (Angulo Arvelo, 1979:68). Las muertes debidas a conflictos bélicos se puede desglosar de la siguiente manera: Gesta Magna: 300.000; Guerra Federal: 20.000; Revolución Libertadora: 8.000. Otras Guerras: 32.000 (Angulo Arvelo, 1979:67).

En lo que se refiere a las enfermedades infecciosas en el siglo XIX, no cabe la menor duda que dichas enfermedades representaron siempre una amenaza a la población, y junto a los conflictos bélicos, fueron mayormente responsables de la mortalidad general. Villavicencio provee tal vez el mejor relato sobre el panorama epidemiológico de Venezuela en el último cuarto del siglo XIX. Según este autor, la fiebre remitente biliosa era muy común en toda la República, sobre todo en la época de los calores, especificando que muchos casos de esta enfermedad habían sido algunas veces tomados como fiebre tifoidea. Villavicencio también menciona la presencia del paludismo en gran parte del territorio venezolano. Por otra parte, la fiebre amarilla era endémica en Maracaibo, ciudad localizada en el oeste del país, y la fiebre tifoidea no era común en Venezuela. En cuanto a las afecciones gastro-intestinales, éstas reinaban en todo el país por los meses de abril y mayo. La disentería ocurría con frecuencia en la época de los calores; en Maracaibo era casi endémica en los meses de julio, agosto y septiembre (Villavicencio, 1879:103). Por último, las afecciones catarrales, reumáticas, y la pulmonía reinaban en los meses fríos de diciembre, enero y febrero, sobre todo en el primero. La pulmonía atacaba también en otros meses. Casi lo mismo podía decirse de la pleuresía, de la bronquitis y del tétano infantil (1879:103-104). Villavicencio también destaca a la tuberculosis y otras enfermedades que él describe como «héticas», tanto en Caracas como en el resto del país. En Caracas se estimaba que la tuberculosis era responsable por una sexta parte de la mortalidad general. Se culpaba a la insuficiencia de alimentación como causa principal de esta enfermedad (Villavicencio, 1879:104). Por último, la sífilis era bastante común en Venezuela, y esto se explicaba porque las prostitutas no estaban sometidas a ninguna inquisición médica que tuviera por objeto evitar la propagación de esa enfermedad. La sífilis era más prevalente en los hombres al principio de su juventud, lo cual dependía de la falta de previsión propia por la edad (Villavicencio, 1879:105).

En lo referente a las enfermedades no infecciosas, Villavicencio señala que las afecciones orgánicas del corazón y de los gruesos vasos se habían hecho muy comunes en aquellos tiempos, no solamente en el Distrito Federal sino en toda Venezuela (Villavicencio, 1879:104).

Villavicencio también pinta un cuadro muy informativo sobre el patrón estacional de las enfermedades en Venezuela, en su mayoría infecciosas. Según Villavicencio, en Venezuela en abril, mayo y hasta junio reinaban las afecciones gastro-intestinales, diarreas y enterocolitis. Estas enfermedades eran de naturaleza endémica (Villavicencio, 1879:113). En julio, agosto, setiembre y hasta octubre, la fiebre remitente biliosa. En noviembre comenzaban las afecciones catarrales y reumáticas, la bronquitis, la neumonía y la pleuresía y se extendía hasta febrero. Marzo era generalmente el mes más sano, así como el más seco del año (Villavicencio, 1879:106).

Los relatos de Villavicencio dejan claro que en la segunda mitad del siglo XIX, la teoría del miasma, hoy descartada, era de aceptación general. Villavicencio expone que de noviembre en adelante bajaba la temperatura y se calmaban las enfermedades miasmáticas. De ahí en adelante se presentaban las afecciones catarrales y reumáticas, y aunque la temperatura era menor en febrero que en noviembre y en diciembre, el catarro y el reumatismo acometían más en los últimos meses porque durante los mismos había humedad en el aire, el cual quitaba más calor al organismo en virtud de su mayor conductibilidad (Villavicencio, 1879:114).

A continuación se presentan estadísticas claves sobre la mortalidad general en Venezuela durante el período 1845-1935. Siempre y cuando fue posible se incluyeron estadísticas tanto de Venezuela como el Estado Guárico. Dichas estadísticas incluyen lo siguiente: mortalidad general por sexo, edad, mes y causa de muerte tanto infecciosa como no infecciosa.

Mortalidad general por sexo y edad - En los Anuarios Estadísticos de Venezuela, los cuales se empezaron a publicar a partir de 1877, encontramos estadísticas sobre la mortalidad general por sexo y edad, Para el período 1845-1935 se pudieron recoger datos para los años de los lapsos 1885-1894 y 1907-1912, los cuales nos dan una idea acerca de la mortalidad general en Venezuela según las variables demográficas sexo y edad.

En la tabla 7 se presenta los porcentajes de la mortalidad general por sexo durante el decenio 1885-1894. Sobresalen los mayores porcentajes de mortalidad masculina, en particular el año 1894, donde la mortalidad masculina excedió a la femenina por un 4,7%.

Tabla 7. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo en Venezuela (1885-1894). Porcentajes al total de defunciones de cada año			
Año-Sexo	Varones	Mujeres	Total
1885	51,76%	48,24%	100,00%
1886	50,93%	49,07%	100,00%
1887	50,82%	49,18%	100,00%
1888	51,50%	48,50%	100,00%
1889	50,52%	49,48%	100,00%
1890	51,66%	48,34%	100,00%
1891	51,35%	48,65%	100,00%
1892	51,03%	48,97%	100,00%
1893	51,37%	48,63%	100,00%
1894	52,35%	47,65%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Año 1894. Elaboración propia.			

En la tabla 8 se presenta la mortalidad general por sexo para los años del lapso 1908-1912. Se destaca la mayor mortalidad masculina, la cual, al igual que lo visto en los porcentajes presentados para las últimas dos décadas del siglo XX, es constante para todo los años del lapso 1908-1912.

Tabla 8. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo en Venezuela (1908-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año.			
Año-Sexo	Varones	Mujeres	Total
1908	51,41%	48,59%	100,00%
1909	51,77%	48,23%	100,00%
1910	51,40%	48,60%	100,00%
1911	51,84%	48,16%	100,00%
1912	51,62%	48,38%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Año 1912. Elaboración propia.			

En la tabla 9 se presenta la mortalidad general por edad para los 6 años del lapso 1907-1912. Se destaca en esta tabla la elevadísima mortalidad que exhiben los grupos de edad «1 a 4 años» y «21 a 30 años», con un promedio porcentual de 17,05% y 15,05% respectivamente del total de defunciones para el mencionado lapso. En un segundo plano también se destacan el grupo de edad «31 a 40 años», con un promedio porcentual de 10,88% del total de defunciones. Por último, al sumarse los porcentajes de los grupos de edad «0 a un mes» y «2 a 11 meses», o sea la mortalidad infantil, se obtiene un promedio porcentual de 18,23% para los seis años del lapso 1907-1912.

Tabla 9. Distribución porcentual de la mortalidad general por edad en Venezuela (1907-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año.						
Grupo de edad/Año	1907	1908	1909	1910	1911	1912
0 a un mes	9,85%	9,39%	9,40%	10,22%	10,10%	7,59%
2 a 11 meses	8,57%	9,52%	8,95%	8,76%	8,26%	8,75%
1 a 4 años	16,78%	18,36%	18,03%	16,18%	15,80%	17,16%
5 a 10 años	7,31%	7,13%	6,80%	6,61%	6,54%	8,23%
11 a 15 años	4,20%	3,86%	3,73%	3,63%	3,64%	4,14%
16 a 20 años	6,21%	5,93%	6,07%	6,10%	6,13%	5,82%
21 a 30 años	15,45%	14,73%	14,87%	15,38%	15,67%	14,17%
31 a 40 años	10,61%	10,30%	10,62%	11,40%	11,37%	10,96%
41 a 50 años	7,24%	7,13%	7,53%	7,57%	7,64%	7,48%
51 a 60 años	5,79%	5,85%	5,98%	6,08%	6,15%	6,43%
61 a 70 años	3,67%	3,63%	3,53%	3,62%	3,91%	4,12%
Más de 70 años	4,33%	4,19%	4,48%	4,44%	4,79%	5,15%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Año 1912. Elaboración propia.						

Mortalidad general por mes –En la tabla 10 se presenta la mortalidad general por mes en Venezuela durante el lapso 1907-1912. Sobresalen los meses de enero, noviembre y octubre con un promedio porcentual para los 6 años del lapso de 9,11%, 9,02% y 9,04% del total de defunciones respectivamente. Las tablas de la mortalidad general por mes en Venezuela dejan entrever que a principios de siglo las enfermedades infecciosas, en particular el paludismo, jugaban un papel importante en el patrón de mortalidad, como lo evidencia la alta mortalidad en los meses de octubre y noviembre. Por igual, otras enfermedades infecciosas, sobre todo las del aparato respiratorio también fueron responsables por un elevado porcentaje del total de defunciones, sobre todo en el mes de enero.

Tabla 10. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes en Venezuela (1907-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año.						
Mes/Año	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Enero	9,70%	8,50%	9,79%	9,54%	9,51%	7,93%
Febrero	7,94%	7,57%	8,31%	8,08%	7,57%	7,03%
Marzo	8,09%	7,67%	8,42%	8,12%	8,16%	6,83%
Abril	7,75%	7,32%	6,86%	8,02%	7,61%	6,51%
Mayo	7,80%	7,54%	7,40%	7,83%	8,03%	7,16%
Junio	8,04%	7,95%	7,44%	7,56%	7,88%	7,77%
Julio	8,78%	8,92%	8,23%	8,12%	8,31%	9,58%
Agosto	8,87%	8,72%	7,70%	8,17%	8,42%	10,08%
Septiembre	8,39%	8,40%	8,19%	8,00%	8,00%	9,21%
Octubre	8,43%	9,03%	9,51%	8,95%	8,82%	9,30%
Noviembre	8,21%	9,41%	9,24%	8,85%	8,78%	9,59%
Diciembre	8,01%	8,99%	8,92%	8,76%	8,91%	9,02%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Año 1912. Elaboración propia.						

Mortalidad por causa de muerte – Estadísticas precisas sobre las causas de muerte en Venezuela sólo se consiguen a partir de 1905 y hasta 1912. Entre 1913 y 1935, este tipo de

estadística escasea reflejando en gran parte la decadencia de la estadística vital en Venezuela durante este período. En la tabla 11 se presentan las causas de muerte por enfermedades infecciosas durante el lapso 1905-1912. Durante los 8 años de este lapso sobresale en particular el paludismo y enfermedades afines con un promedio porcentual para los ocho años del lapso de 14,54% del total de defunciones. También sobresalen la tuberculosis de los pulmones, la disentería y el tétanos con un promedio porcentual para los ocho años del lapso de 7,96%, 7,42% y 7,07% del total de defunciones respectivamente. Por último, aunque no necesariamente infecciosas, deben resaltarse las enfermedades mal definidas, la cuales registraron un promedio porcentual para los ocho años del lapso de 13,96% del total de defunciones.

Tabla 11. Mortalidad por enfermedades infecciosas en Venezuela (1905-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año.								
Causa de muerte/año	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Fiebre tifoidea	2,55%	2,30%	2,92%	2,39%	2,31%	1,99%	1,94%	2,08%
Fiebre y caquexia palustre	14,99%	15,76%	14,85%	14,48%	17,19%	15,01%	12,63%	12,02%
Tos ferina	1,00%	0,61%	1,42%	4,27%	2,44%	0,81%	0,54%	0,28%
Gripa	1,00%	0,81%	1,00%	1,42%	0,92%	1,32%	1,52%	1,12%
Disentería	8,50%	7,83%	6,97%	7,51%	7,45%	6,81%	6,34%	7,85%
Fiebres recurrentes	1,92%	2,51%	0,91%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Tuberculosis de los pulmones	7,24%	8,11%	8,68%	8,60%	8,55%	8,31%	7,86%	6,67%
Tétanos (incluso el infantil)	5,71%	6,58%	7,12%	7,66%	7,39%	8,52%	8,13%	5,77%
Bronquitis aguda	1,01%	0,88%	0,98%	1,11%	1,14%	1,23%	1,54%	1,10%
Pulmonía	2,64%	3,13%	5,42%	5,57%	6,07%	6,18%	5,83%	4,24%
Bronco-neumonía	0,64%	0,84%	1,03%	0,99%	0,62%	0,61%	0,00%	0,00%
Diarrea y enteritis (menores de 2 años)	1,87%	1,31%	1,81%	2,17%	1,83%	2,00%	2,79%	3,52%
Diarrea y enteritis (mayores de 2 años)	2,19%	2,21%	1,70%	2,07%	2,07%	2,27%	3,58%	4,62%
Anquilostomiasis y otros parásitos intestinales	1,32%	1,24%	1,77%	1,90%	2,17%	1,92%	2,00%	2,16%
Sífilis	0,49%	0,42%	0,44%	0,41%	0,46%	0,46%	0,00%	0,00%
Otras causas	33,19%	32,47%	32,84%	29,76%	29,86%	29,14%	28,00%	25,75%
Enfermedades desconocidas o mal definidas	13,75%	13,00%	10,18%	9,69%	9,52%	13,43%	17,32%	22,81%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Año 1912. Elaboración propia.								

En la tabla 12 se presenta la mortalidad por causas de muerte no infecciosas durante el lapso 1905-1912. Durante los 8 años de este lapso sobresalen la muerte por causas exteriores y las enfermedades orgánicas del corazón y de vasos grandes con un promedio porcentual de 2,24% y 2,17% del total de defunciones respectivamente.

Tabla 12. Mortalidad por causas de muerte no infecciosas en Venezuela (1905-1912). Porcentajes al total de defunciones de cada año.								
Causa de muerte/año	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Cáncer en todas sus formas	0,70%	0,81%	0,76%	0,68%	0,65%	0,73%	0,79%	0,65%
Hemorragias y reblandecimiento cerebrales y otras enfermedades cerebrales	1,02%	1,09%	1,19%	1,19%	1,45%	1,35%	1,19%	1,06%
Neurosis convulsiva (epilepsia, eclampsia etc.)	1,05%	0,69%	0,76%	0,49%	0,67%	0,47%	1,36%	0,92%
Enfermedades orgánicas del corazón y de grandes vasos	1,26%	1,49%	1,37%	1,86%	1,99%	2,40%	3,73%	3,06%
Angina de pecho	0,55%	0,51%	0,44%	0,37%	0,31%	0,39%	0,00%	0,00%
Afecciones de las arterias	0,79%	0,81%	0,96%	0,90%	1,08%	0,97%	0,00%	0,00%
Hemorragias, afecciones valvulares	0,63%	0,49%	0,72%	0,73%	0,37%	0,32%	0,00%	0,00%
Cirrosis del hígado	0,35%	0,37%	0,42%	0,44%	0,43%	0,56%	0,61%	0,57%
Abscesos hepáticos tropicales y otras afecciones del hígado	0,90%	1,09%	1,22%	1,10%	1,15%	1,21%	1,08%	0,73%
Otras afecciones del intestino	0,42%	0,42%	0,45%	0,63%	0,41%	0,60%	0,00%	0,00%
Septicemia puerperal y otros accidentes del parto	1,22%	0,94%	1,08%	1,14%	1,12%	1,10%	0,95%	0,78%
Debilidad congénita y vicios de conformación	0,57%	0,40%	0,47%	0,44%	0,31%	0,40%	0,58%	0,61%
Anemia, clorosis	2,21%	1,87%	2,79%	2,44%	2,42%	2,34%	0,00%	0,00%
Convulsiones de los niños	2,01%	2,19%	2,04%	2,17%	2,30%	1,81%	0,00%	0,00%
Otras enfermedades especiales de la primera infancia	1,01%	1,02%	0,98%	1,63%	1,10%	0,43%	0,00%	0,00%
Causas exteriores	1,66%	1,62%	1,99%	1,68%	2,07%	2,16%	2,25%	4,13%
Otras causas	69,90%	71,17%	72,19%	72,44%	72,64%	69,34%	70,14%	64,68%
Enfermedades desconocidas o mal definidas	13,75%	13,00%	10,18%	9,69%	9,52%	13,43%	17,32%	22,81%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Año 1912. Elaboración propia.								

Mortalidad infantil - La mortalidad infantil en Venezuela es una variable que hasta más o menos 1936 fue prueba inequívoca del gran atraso sanitario en que se encontraba la nación. Como se expondrá más adelante en el apartado sobre la mortalidad infantil en el Capítulo 5, las elevadas cifras de la mortalidad infantil se debieron principalmente a una combinación de factores de orden patológico, social y sanitario. También debe agregarse que la magnitud del problema asociado con la mortalidad infantil no se exponía debidamente debido a la falta de un registro consistente, continuo y exacto de las defunciones de los menores de un año y/o la correspondiente causa de muerte. Sin embargo, como se expondrá más adelante a partir de 1936 y gracias a la gran labor del Ministerio de Sanidad y

Asistencia Social, enormes logros se obtendrían en llevar mejor cuenta de las estadísticas relacionadas con la mortalidad infantil.

En la segunda mitad del siglo XIX, la mortalidad infantil en Venezuela era ostensiblemente una de las áreas más abandonadas de la salud pública, tanto en llevar cuenta de la misma como en establecer medidas para contrarrestarla. Villavicencio nos ofrece una visión de lo que era la mortalidad infantil alrededor de 1875. Según este autor, con respecto a la mortalidad de los niños, sólo existía vacío absoluto. Por ejemplo, las cifras de las defunciones en el Distrito Federal nada decían respecto a los muertos antes de nacer. La Ley del Registro Civil ordenaba que todo niño fuese presentado ante la autoridad respectiva dentro de los tres primeros días después de su nacimiento. El problema radicaba en el hecho de que si el niño moría antes de ser presentado, era registrado como nacido muerto, lo cual afectaba las verdaderas estadísticas de la mortalidad por edades. Este era un factor de importancia porque la medicina legal no llamaba nacido muerto sino al feto que no había respirado, o que había fallecido antes de nacer. Por consiguiente, se incluía en esta cifra a los muertos en los tres primeros días de su nacimiento, lo cual disminuía en otro tanto el de las muertes del primer mes de vida (Villavicencio, 1879:130). Otro rasgo sobresaliente de la mortalidad infantil alrededor de 1875, era el gran número de defunciones por el tétanos de los recién nacidos, vulgarmente llamado *mozesuelo*. Tal enfermedad se presentaba generalmente entre la gente pobre y dependía del instrumento usado para cortar el cordón umbilical, cortándose generalmente con tijeras, lo que ocasionaba una herida contusa. También dependía esta enfermedad de la falta de abrigo y las malas curaciones, males todos inherentes en la carencia de recursos de este grupo social (Villavicencio, 1879:114).

En la primera década del siglo XX y al mejorarse ligeramente el registro de las defunciones de los menores de un año, el problema de la mortalidad infantil se hizo más evidente. Según los Anuarios Estadísticos publicados para el lapso 1907-1912, por ejemplo, al combinarse la mortalidad del grupo de edad «0 a un mes» con la del grupo de edad «2 a 11 meses», se obtienen porcentajes para los seis años del lapso de 18,42%, 18,90%, 18,35%, 18,99%, 18,36% y 16,34% del total de defunciones respectivamente. Esta elevada mortalidad infantil tenía como causas las siguientes enfermedades: anemia, enteritis, disentería, diarreas, tétanos infantil y «otras enfermedades propias de la primera infancia»⁷.

Por otra parte, en cuanto a las tasas de mortalidad infantil, para el siglo XIX, no se detecta en la literatura ninguna tasa de mortalidad infantil para Venezuela. Sólo se sabe que las tasas deberían haber sido muy elevadas. En 1937 aparece un trabajo del español L.

Albaladejo titulado «*Mortalidad por enfermedades infecciosas en distinto países*» en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* publicada en Barcelona, España. En dicha revista Albadalejo (1937:93) incluye tasas de mortalidad infantil para Venezuela durante el período 1927-1935 y son las siguientes (ver tabla 13):

Tabla 13. Tasas de mortalidad infantil en Venezuela (1927-1934).	
Año	Tasa de mortalidad infantil Niños Menores de un año por 1.000 nacidos vivos
1927	144,00
1928	153,00
1929	149,00
1930	150,00
1931	156,00
1932	134,00
1933	162,00
1934	158,00
1935	137,00
Fuente: Albadalejo, 1937:93. Elaboración propia.	

Estas tasas deberían estar muy cercanas a la realidad, aunque no queda claro qué fuentes utilizó Albaladejo para sus cálculos.

⁷ Anuario Estadístico de 1912:Cuadro N° 8.

4.2. La Venezuela del período 1936-1961

En los apartados dedicados al período 1936-1961 y de manera similar a lo hecho para el período 1845-1935, se presentan importantes aspectos de la historia de Venezuela y de relevancia para esta tesis doctoral. Estos incluyen una visión general de la historia de Venezuela durante el mencionado período, la medicina científica del país y el desarrollo de la salud pública, y la trayectoria de la estadística vital. También se presenta una descripción del perfil demográfico y epidemiológico de Venezuela, utilizando tanto los anuarios estadísticos como los anuarios de epidemiología y estadística vital. Por último, también se describe la transición epidemiológica que parece haberse iniciado en Venezuela en la década de 1940, destacándose el espacio temporal y patrón de mortalidad que conllevó a este proceso.

4.2.1. Visión general

El período 1936-1961 está enmarcado dentro de lo que se ha descrito como *Era Moderna* en Venezuela, la cual comienza después de la muerte del último gran caudillo, en este caso Juan Vicente Gómez, ocurrida en diciembre de 1935. En la *Era Moderna*, Venezuela pasar a ser una nación urbanizada y en franco desarrollo, donde el petróleo es la principal riqueza, en manos del Estado, el cual rige los destinos de una población muy pobre. Durante el período 1936-1961, se observan en Venezuela grandes transformaciones sobre todo en el ámbito político, económico, social y demográfico. En lo político, según Morón desde 1936 a 1945 se allana el camino, se construye una plataforma, se adereza la democracia; después del 18 de octubre de ese año, sin embargo, Venezuela entra en un atolladero político, un continuo vaivén, una dictadura de variado signo se atraviesa en la existencia venezolana. No es sino hasta el 23 de enero de 1958, cuando por fin comienza en Venezuela la democracia representativa (Morón, 1979:229). Cabe destacar que durante la primera parte de la década de los 50 y dada la presencia de una junta militar en el poder liderada por el General Marcos Pérez Jiménez, Venezuela no mostraba señales de tener un sistema político desarrollado comparado con el sistema político existente en 1830. Esto a pesar de haber abolido la esclavitud y logrado el sufragio universal. Venezuela volvía al ciclo vicioso donde era retrasada porque tenía dictaduras y tenía dictaduras porque era retrasada (Marsland y Marsland, 1954:259). En lo económico, desde 1935 Venezuela tuvo una de las economías más dinámicas del mundo. La economía se transformó de rural y agrícola a urbana e industrial. Este cambio fue acompañado por una siempre creciente prosperidad nacional. En términos reales, el producto nacional bruto se cuadruplicó entre 1935 y 1960 (de \$1.500 millones a más de \$6.000 millones de acuerdo a los precios existentes en 1953). Al mismo tiempo, la población se duplicó, de manera que el ingreso per cápita también se

duplicó. El principal catalizador del rápido cambio y desarrollo económico fue el petróleo. La producción petrolera se incrementó de 148 millones de barriles in 1935 a 1.168 millones de barriles en 1962. Los ingresos por concepto del petróleo fueron inyectados en la economía y los crecientes gastos de las compañías petroleras estimularon aún más el comercio e industria local. Además, después de la Segunda Guerra Mundial la bonanza existente en Venezuela atrajo nuevas inversiones extranjeras significativas, en particular en la explotación del hierro, y un flujo de inmigrantes europeos (Lieuwen, 1965:106).

En lo social, a partir de 1936 comienza en Venezuela un proceso de urbanización. El país fue rural entre 1830 y 1936 (y también antes de 1830); a partir de esa fecha comienza una transformación: Venezuela se convierte en nación urbana. La población rural bajó de gran manera, ya que si en 1936 forma el 65,3 por 100 del total, baja al 21,6 por 100 en 1971 (Morón, 1979:277). Al mismo tiempo, la otra señal característica de la población venezolana durante este período fue su juventud. Según Morón, si históricamente Venezuela fue un país con un gran número de habitantes de edades avanzadas, el crecimiento demográfico contemporáneo invirtió la pirámide poblacional en lo que a edades se refiere. Hubo un proceso de rejuvenecimiento que convirtió al país en una república muy joven para la segunda mitad del siglo XX (Morón, 1979:277- 279). En lo demográfico, entre 1936 y 1961, Venezuela experimentó un vertiginoso crecimiento poblacional. Las cifras son suficientemente elocuentes en cada uno los censos de población levantados durante el período: 1936 - 3.364.347; 1941 - 3.859.771; 1950 -5.034.838; 1961 - 7.523.999 (Morón, 1979: 275). Por último, de trascendente importancia durante este período fue la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a través del cual se le dedicaron enormes recursos a la lucha contras las enfermedades infecciosas, en particular el paludismo, contribuyendo a una reducción drástica de la mortalidad, la cual era ascendente hasta 1919, con ligera inclinación a bajar desde 1920 y en definitivo descenso entre 1945 y 1950. Ninguna otra entidad en la historia contemporánea de Venezuela ha obtenido mejores ni mayores resultados como el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (Salcedo-Bastardo, 1972:662-663).

4.2.2. Medicina científica

Como antes indicado, en el siglo XX la medicina científica en Venezuela tomó un giro prácticamente irreversible hacia la especialización. Según Archila, en la quinta década del siglo XX aparecen las especialidades de hematología, geriatría, endocrinología y oncología, mientras que en la sexta década las especialidades son anestesiología, alergología, medicina física y rehabilitación, medicina interna y fisiología cardiopulmonar (Archila, 1966:393). Vale la pena mencionar que la era de los antibióticos se inicia en Venezuela en 1942 con la

llegada de la penicilina. Por otra parte, la educación médica exhibió grandes progresos al reabrirse la Universidad del Zulia y su correspondiente Facultad de Medicina en 1947 (Angulo-Arvelo, 1979:148). Un poco más tarde, se fundaron la Universidad de Carabobo en 1959 (Angulo-Arvelo, 1979:169) y la Universidad de Oriente en 1960 (Angulo-Arvelo, 1979:172). Ambas universidades iniciaron sus labores educativas con sendas facultades de Medicina.

Cabe también destacar lo relacionado con la materia hospitalaria. Durante el periodo 1936-1961, lo más resaltante fue los trabajos de la *Comisión Planificadora de Institutos Médicos Asistenciales* del *Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*. La labor de esta comisión, la cual fue creada en 1945, dio como resultado el establecimiento de un significativo número de hospitales en todo el país. Específicamente, en 1935 el número de hospitales era algo más de 50 en todo el país. Para 1962, existía toda una red formada por 315 centros hospitalarios con 27,463 camas (Archila, 1966:368-369).

4.2.3. Salud pública

La hibridez del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría resultó en la eventual formación de dos Ministerios independientes: el de Sanidad y Asistencia Social y el de Agricultura. Este acontecimiento ocurrió el 25 de febrero de 1936 (Archila, 1966:387-388). Al nuevo Ministerio se le asignaron los ramos de Sanidad Nacional, Higiene Pública, Medicina Social, Asistencia Social, Previsión Social y Seguro Social. También se le asignó la dirección técnica de los hospitales, clínicas, casas de salud, asilos, manicomios, beneficencia, control de previsión y disciplina infantil, puestos de socorro, sociedades benéficas, sanatorios e institutos residenciales no nacionales y la dirección técnica y administrativa de los leprocomios, institutos de lucha contra el cáncer, refugios infantiles nacionales y los sanatorios e institutos residenciales nacionales. El nuevo Ministerio se ocupó tanto de lo preventivo como lo curativo (Archila, 1956:297). Por otra parte, debe destacarse que desde su creación, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social aspiró a formar su propio personal especializado. Con tal fin propuso siempre establecer una Escuela que, dependiendo o no de Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, llenara en forma académica esa necesidad nacional. La meta del Ministerio era la de formar médicos higienistas, directores de hospitales, inspectores de sanidad, enfermeras de Salud Pública, técnicos laboratoristas y todas las especialidades médicas y paramédicas que ayudarían a resolver el problema de la asistencia pública (Briceño Romero, 1963:207).

Para la formación de médicos sanitarios se adoptó la política de enviar al exterior al mayor número posible de facultativos venezolanos con el fin de que asimilaran las innovaciones higiénicas que habían dado grandes resultados en otros países, así como también para que recibieran cursos sobre la materia. Entre 1937 y 1959, se habían graduado 28 médicos de la Universidad John Hopkins (E.E.U.U), 12 médicos de la Universidad de Michigan (E.E.U.U.), 1 médico de la Universidad de Harvard (E.E.U.U.), 2 médicos de la Universidad de Columbia (E.E.U.U.), 1 médico en Brasil, 1 médico en Inglaterra y 2 médicos en Chile (Briceño Romero, 1963:273-274). El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social también se avocó a la preparación de su personal en lo que se refiere a médicos y paramédicos desde el punto de vista sanitario (Briceño Romero, 1963:207-208). Por otro lado, por razones que no quedan claras, una Escuela de Salud Pública no fue creada en la Universidad Central de Venezuela hasta el 3 de diciembre de 1958 (Briceño Romero, 1963:260).

La obra del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social alcanzada durante el período 1936-1961 debe de considerarse impresionante, en particular por los logros alcanzados en lo que se refiere a la mortalidad general, mortalidad infantil y mortalidad materna (más sobre el tema será discutido en los epígrafes sobre mortalidad general e infantil). Los logros en estas áreas contribuyeron al aumento de la natalidad y por consiguiente el crecimiento vegetativo. Por igual mejoró enormemente la esperanza de vida que ya para 1956 era de 52 años (Archila, 1956:408-409). A esto también hay que agregarle los excelentes resultados de las campañas contra la malaria, la viruela y hasta cierto punto la tuberculosis (Archila, 1956:410). La exitosa obra del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social también se extendió al medio rural. Por ejemplo, entre 1940 y 1956 se construyeron en el medio rural venezolano 158.266 letrinas y, entre 1945 y 1956, 99 acueductos. De ese saldo, 58.523 letrinas y 34 acueductos se construyeron durante el lapso 1953-1956. Por otra parte, la red de servicios sanitario-asistenciales contaba para 1956 con 48 Unidades Sanitarias, 11 Centros de Salud, 394 Medicaturas Rurales, 14 Sanatorios Antituberculosos y 57 de los 263 hospitales existentes en el país, o 21,6% del total. Por último, el número de camas en servicio para fines de 1955, en 160 institutos oficiales y 103 establecimientos privados, alcanzó la cifra de 20.199 plazas, lo que cubría más de las dos terceras partes del total de camas previsto para completar las necesidades asistenciales de Venezuela. Solamente el grupo de hospitales inaugurados de 1953 a 1956, representó una aportación de 3.065 camas (Archila, 1956:409).

La campaña librada contra la malaria por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social sobre todo a partir de 1945 debe considerarse como uno de los logros más importantes de este organismo. Venezuela fue el primer país del mundo en organizar una campaña en escala nacional contra la malaria por medio de la aplicación intradomiciliaria de un insecticida de acción residual, el DDT (Russell, 1952). Debe señalarse que antes de 1945 se empleaban en Venezuela sólo tres medidas eficaces para la prevención de la malaria por acciones contra los anofelinos transmisores: a) la exclusión del vector, o sea, impedir que el zancudo picara al hombre (uso de mosquiteros y protección a la vivienda con tela antimosquito); b) la reducción del vector (eliminación de los criaderos de zancudos y uso de antilarvicidas y adulticidas); y c) la erradicación del vector, que antes de 1945 sólo se había conseguido en Brasil con *Anopheles gambiae*, originario de África, que había invadido accidentalmente ese país. Con la introducción y aplicación del DDT por la División de Malariología, a partir de 1945 se logró la interceptación del vector, o sea, la muerte del zancudo infectado durante el período que incubaba el parásito malárico, y la erradicación de la enfermedad en los años siguientes en las zonas malarígenas (dos terceras partes del territorio nacional) (López Ramírez, 1987:125).

Según López Ramírez, desde 1945 la erradicación de la malaria fue avanzando de manera rápida y en pocos años de un área de 600.000 km², en donde originariamente hacía estragos la enfermedad, se rescataron 461.289 km², lo que representaba un 76 por ciento de dicha área, en el cual habitaba el 94,4 por ciento de la población venezolana (López Ramírez, 1987:126). El éxito de la aplicación del DDT queda muy claro al revisarse ciertas estadísticas claves. Por ejemplo, de 109,8 defunciones por 100.000 habitantes en el quinquenio que precedió la aplicación del DDT, se logró reducir espectacularmente la tasa de mortalidad palúdica a 8,5 por 100.000 habitantes en 1950, a 0,5 en 1955 y a ninguna a partir de 1962 (López Ramírez, 1987:126). Por otra parte, Venezuela también fue el primer país en informar haber obtenido erradicación de la malaria en el área de mayor extensión en la zona tropical (Gabaldón y Berti, 1954:793). Como se mencionó con anterioridad, al frente de la campaña antimalárica estuvo Arnoldo Gabaldón, quien recorrió el territorio nacional para llegar a comprender la magnitud del problema y diseñó los pasos a seguir en la eventual erradicación del flagelo (Gottberg, 1987:38-39).



Figura 27. Arnoldo Gabaldón (centro), figura clave en la erradicación del paludismo en Venezuela junto con los ex presidentes Rafael Caldera (izquierda) y Raúl Leoni (derecha).



Figura 28. Edificio de la División de Malariología en Maracay, Estado Aragua, 1950.



Figura 29. Cuadrilla de rociadores de DDT recibiendo entrenamiento en Maracay, Estado Aragua, en 1949.



Figura 30. Rociador de DDT en plena faena en vivienda localizada en el Estado Guárico, año 1953.



Figura 31. Cuadrilla de rociadores de DDT en el Estado Trujillo, año 1946.



Figura 32. Rociador de DDT se apresta a proteger vivienda en el medio rural..

A pesar de los enormes logros del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y para ser justos, debe destacarse que antes de que surgiera este Ministerio, muchas de las dependencias que pasarían a formar parte del mismo ya habían madurado y se habían iniciado muchas de las grandes campañas, tales como las luchas contra la anquilostomiasis, el paludismo, la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas. Además, las campañas organizadas contra la peste bubónica y la fiebre amarilla urbana, habían suprimido

radicalmente dichas amenazas. Por igual, también se habían iniciado muchas actividades a favor de la higiene humana, como por ejemplo la materno-infantil (Archila, 1966:386).

Por último, debe mencionarse que para 1961 había en Venezuela 5.374 médicos, y de ellos 2.527 en el Distrito Federal y Distrito Sucre del Estado Miranda. En comparación, en 1947 sólo había 1.452 médicos (Angulo-Arvelo, 1979:178). Vale la pena también mencionar los resultados de un estudio sobre el estado de los servicios sanitarios en Venezuela a principios de la década de 1960 llevado a cabo por Mejías. Dicho estudio, el cual incluyó 157 ciudades, arrojó los siguientes resultados (Mejías, 1961:139-140):

- De las 157 ciudades consideradas en el estudio de Mejías, sólo 52 tenían sistema de abastecimiento de agua contruidos y administrados por el Instituto Nacional de Obras Sanitarias (INOS). Este organismo estaba encargado de construir dichos sistemas y mantenerlos de acuerdo con las normas sanitarias vigentes para el abastecimiento de agua, contribuyendo al mejoramiento de la salud pública del país.
- De las 105 ciudades restantes, las administradas por las Municipalidades casi en su totalidad, además de su deficiencia en capacidad y suministro, no reunían los requisitos sanitarios exigidos; así ninguna poseía planta de tratamiento, aun cuando sus fuentes eran superficiales y expuestas a contaminación. Las pocas que tenían cloración, adolecían de una dosificación adecuada, lo cual demostraba que estas entidades no poseían los medios técnicos para lograr un buen servicio.
- De las 52 ciudades administradas por el INOS, la mayoría no abastecían a la totalidad de la población de cada una, ya por falta de redes o insuficiencia del caudal o almacenamiento.
- De las 52 ciudades administradas por el INOS, 42 tenían sistemas cloacales, los cuales no servían a la totalidad de la población de dichas ciudades, existiendo además un porcentaje de la población con red cloacal que no había hecho sus conexiones domiciliarias, ya por impedimento de orden económico o bien por otras causas. En dos de las 10 poblaciones restantes, el INOS. estaba construyendo sistemas de cloacas y elaborados proyectos para los demás.
- De la población de las 105 ciudades cuyo abastecimiento de agua no administraba el INOS, sólo el 10,43% poseía red cloacales y el 7,39% hacía uso de ellas con sus conexiones domiciliarias. De estas 105 poblaciones, 11 de ellas no poseían servicio

de abastecimiento de agua; en dos de ellas, el INOS estaba construyendo estos servicios y los proyectaba para cuatro. Asimismo, 85 de estas poblaciones carecían de sistemas de cloacas, de las cuales el INOS tenía siete en construcción y 22 en proyecto.

- Con referencia al aspecto económico de los sistemas de abastecimiento de agua y sistemas de desagües cloacales y pluviales administrados por el INOS, se presentaba el problema de que las tarifas existentes para el cobro de estos servicios no alcanzaban a cubrir las amortizaciones de las obras y en algunos casos se requería un subsidio de parte del Gobierno Nacional para su operación y mantenimiento.

4.2.4. La estadística vital

A partir de 1936, la estadística vital evolucionó de gran manera, al pasar el Servicio de Estadística a formar parte de la Dirección del Gabinete. Su reorganización estuvo a cargo de Ricardo de Shelley Hernández, quien realizó una estupenda labor. Entre las labores efectuadas figuran las siguientes: Se adoptó y se puso en marcha para dicha fecha la Nomenclatura Internacional detallada de las causas de muerte (Cuarta Revisión), en vigencia entonces; se creó un certificado de defunción estructurado sobre bases técnicas y se dispuso que en localidades donde hubiese médicos, los certificados en referencia no podían ser expedidos sino por un facultativo titular; en los lugares que careciesen de ellos, se autorizó, a título excepcional, a los Jefes Civiles a especificar la causa de muerte y a expedir el certificado de defunción cuando el fallecimiento hubiera sido accidental, informando si el accidente debía considerarse como profesional. Para las demás causas de muerte, ocasionadas por enfermedades, los Jefes Civiles debían limitarse a clasificarlas bajo el N° 200 de la Nomenclatura (Enfermedad Mal Definida). Cada Jefatura Civil de la República dispuso de un registro de duplicados de los certificados de defunción, con numeración corrida. Estas medidas afectaron el porcentaje de las causas de muerte diagnosticadas. Específicamente dicho porcentaje bajó a 38% en 1937 contra cerca de 54% que se observaba antes del primero de marzo de 1936, cuando los Jefes Civiles diagnosticaban enfermedades. Al requerirse que los Jefes Civiles se limitaran a usar el N° 200 de la Nomenclatura en casos de muerte por enfermedad y donde ningún médico atendió a la persona fallecida, se eliminó así un importante factor que restaba valor a las estadísticas de mortalidad por causas de muerte en Venezuela (Archila, 1956:286-287, Tomo I).

Por otra parte, a partir del año 1940 se empezaron a publicar los *Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital* del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y con ellos, la recopilación

de conformidad con las clasificaciones y normas internacionales de las causas de muerte. Con anterioridad y entre 1905 y 1912, el dato causas de muerte fue publicado para las defunciones del país por Entidades Federales y según la clasificación de Bertillon (Páez Celis en Bidegain Greising, 1987:57). Cabe destacar que para el año 1960, la certificación médica de la causa de muerte había mejorado notablemente. Para ese año, la certificación médica de la causa de muerte había alcanzado el 70,7%, cifra superior al 61,1% registrado en 1959 (Gabaldón, 1965:339, Tomo II).

Para 1940 se había podido también llegar a una detallada especificación de las causas de muerte materna, gracias a la puesta en vigencia de las Nomenclaturas Nosológicas, (la primera adoptada por Venezuela en el Congreso de Nomenclatura reunido en Londres en Junio de 1934, se introdujo para el 1° de enero de 1936; y la segunda adoptada por Venezuela en el Congreso de Nomenclaturas reunido en París en octubre de 1938, se puso en vigencia desde el 1° de enero de 1940, quedando abrogada la vigente para 1936)⁸. Debe mencionarse que la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.) fue adoptada por la mayoría de los países desde 1893. En el caso de Venezuela, no se puede decir exactamente desde que año se utilizó dicha clasificación. Sin embargo, la tabulación más antigua de causa de muerte, utilizando la C.I.E., encontrado hasta ahora por algunos estudiosos, data del año 1905 (Avilán Rovira, 1994:10).

Por último, la recolección de datos sobre mortalidad y natalidad fue fundamental para la campaña tendiente a reducir la mortalidad materno-infantil. Por este motivo, la Sección de Estadística Vital de la División de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social laboró consistentemente en el perfeccionamiento de dicha recolección desde 1936, año en el que se introdujo la nueva organización con la obtención del certificado original de defunción, poniendo de relieve los inconvenientes que presentaba la insatisfactoria recolección de datos existentes para esa fecha, la cual se llevaba a cabo por medio de planillas carentes de todo control, elaboradas por los Jefes Civiles, faltos de toda preparación estadística⁹.

⁸ *Anuario de epidemiología y estadística vital de 1940*, 1940:689.

⁹ *Ibidem*.

4.2.5. Perfil demográfico y epidemiológico

A continuación se presenta una descripción del perfil demográfico y epidemiológico de Venezuela durante el período 1936-1961. Dicha descripción comprende el tema de la población y los significativos cambios experimentados por la misma durante el mencionado período. Por igual se toca el tema de la mortalidad general e infantil, proveyéndose cifras específicas emanadas de los anuarios estadísticos y los anuarios de epidemiología y estadística vital., prestándose particular atención a las tasas de mortalidad, la mortalidad por sexo, edad, mes y causa de muerte.

Población – La población de Venezuela durante el período 1937-1961 se caracterizó por su asombroso crecimiento, la tendencia a ser urbana y a tornarse mucho más joven. El aumento inicial de las tasas de natalidad en la primera mitad del siglo XX y su sostenimiento a muy altos niveles a lo largo de la segunda mitad de dicho siglo, junto con el marcado descenso de la mortalidad después de la segunda década, contribuyó a un crecimiento anual no inferior al 3% después de 1950. Esto contribuyó a una explosión demográfica donde la población se duplicó cada 25 años (Angulo Arvelo, 1977:244). Entre 1936 y 1961, el ritmo de incremento demográfico aumentó de una manera significativa debido probablemente al rápido descenso de la tasa de mortalidad, el cual a la vez se debió a la difusión de la medicina y a la lucha sistemática contra las enfermedades endémicas (Chen, 1968:28). En la tabla 14 se ofrece una información más detallada de la población venezolana durante el lapso 1936-1961, específicamente cifras poblacionales, cifras de natalidad y mortalidad y las correspondientes tasas de natalidad y mortalidad. Por un lado resalta la tendencia ascendente de las tasas de natalidad y por otro, la tendencia descendente de las tasas de mortalidad.

Cabe destacar que para el lapso 1950-1961, se publicaron en el Anuario de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social tasas de mortalidad que tomaban en consideración los subregistros de defunciones, específicamente la hipótesis de un subregistro de proporción descendente de 15% (López, 1968:42). No obstante estas correcciones, las tasas de mortalidad durante este período exhiben las mismas características vistas en otras tasas que no reflejan estas correcciones, es decir, un marcado descenso.

Otra característica de la población venezolana durante el período 1936-1961, fue su eventual carácter urbano. Para 1950 la población del país alcanzó la cifra de 5.034.838 efectivos. Según el criterio acogido por el censo de ese año, un 53,80% de los mismos se

consideraron como urbanos, en razón de residir en centros poblados con 1.000 y más habitantes. En el último censo de 1961, Venezuela contaba con 7.523.999 habitantes y el número de centros poblados calificados como urbanos se elevó a más de 2.500, con lo cual la población urbana ascendió a 62,50% (Tovar, 1968:55).

Tabla 14. Población, natalidad y mortalidad en Venezuela desde 1936 hasta 1961.					
Año	Población	Natalidad	Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	Mortalidad	Tasa de mortalidad por 1.000 habitantes
1936	3.364.347	106.690	31,71	57.759	17,17
1937	3.438.597	114.977	33,44	61.877	17,99
1938	3.513.184	118.473	33,72	64.009	18,22
1939	3.611.491	129.482	35,85	67.757	18,76
1940	3.709.799	133.394	35,96	61.557	16,59
1941	3.850.771	134.384	34,90	62.383	16,20
1942	3.925.450	139.265	35,48	63.528	16,18
1943	4.057.455	145.329	35,82	64.131	15,81
1944	4.189.461	147.207	35,14	70.524	16,83
1945	4.321.467	154.489	36,75	64.133	14,84
1946	4.453.473	165.302	37,12	64.614	14,50
1947	4.585.479	173.746	37,89	60.956	13,29
1948	4.717.483	183.590	38,92	60.077	12,73
1949	4.849.489	198.773	40,99	57.869	11,93
1950	5.034.838	212.096	42,13	54.475	10,82
1951	5.113.499	224.553	43,91	56.732	11,09
1952	5.245.504	230.703	43,98	57.123	10,89
1953	5.377.509	250.942	46,66	53.925	10,02
1954	5.509.514	262.134	47,58	56.978	10,34
1955	5.641.519	272.432	48,29	57.329	10,16
1956	5.773.524	278.049	48,16	59.366	10,28
1957	5.905.529	280.539	47,50	61.814	10,47
1958	6.037.534	282.762	46,83	59.766	9,90
1959	6.168.829	313.565	50,83	57.260	9,28
1960	7.493.760	338.199	45,13	55.354	7,39
1961	7.523.999	344.989	45,85	55.585	7,39
Fuente: Censos poblacionales 1936, 1941, 1950 y 1961. Anuarios de epidemiología y estadística vital, 1940-1961. Elaboración propia.					

Por último, debe destacarse que la estructura poblacional de Venezuela durante el período estudiado fue de tipo progresivo y muy joven, por cuanto la alta tasa de natalidad amplificó constantemente la base de la pirámide de la población. Como se aprecia en la tabla 15, de 1936 a 1961 el porcentaje del grupo clasificado como «jóvenes» (grupo de 0 a 14 años) ascendió notablemente de 40,39% a 44,80%, mientras que durante el mismo período el porcentaje del grupo clasificado como «adultos» (15-59 años) disminuyó significativamente de 55,19% a 50,82% (Chen, 1968:29). Indudablemente que las altas tasas de natalidad y de crecimiento vegetativo sostenidas durante varias décadas, y la consiguiente explosión demográfica, contribuyeron a la muy desfavorable composición etaria de la población, lo

cual, para 1961, dio como resultado una población excesivamente joven (Angulo Arvelo, 1979:246).

Tabla 15. Distribución porcentual de la población de Venezuela por grandes grupos de edades según los censos nacionales de 1936, 1941, 1950 y 1961. Porcentajes al total de los grupos de edad para cada año censal.

Año	Jóvenes (0-14)	Adultos (15-59)	Viejos (60 y más)
1936	40,39	55,19	4,42
1941	40,96	54,66	4,38
1950	41,98	53,53	4,49
1961	44,80	50,82	4,38

Fuente: Chen, 1968:29. Elaboración propia.

Nota: Las personas cuyas edades se desconocen han sido redistribuidas proporcionalmente entre los tres grupos.

Mortalidad general – Como se verá en este apartado, durante el período 1936-1961 y en particular el lapso 1936-1950 Venezuela experimentaría un asombroso descenso en su mortalidad general. En la tabla 16 se presenta la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico y Venezuela para los 3 años del lapso 1936-1938. En el Estado Guárico, se destaca la elevada mortalidad que exhiben los grupos de edad «20 a 30 años», «30 a 40 años» y «De 1 mes a 1 año», con un promedio porcentual del total de defunciones de 10,98%, 19,40% y 15,80% respectivamente. Por otra parte, en los que se refiere a Venezuela se destacan los grupos de edad «De 1 mes a 1 año», «De 1 a 5 años» y «21 a 30 años», con un promedio porcentual del total de defunciones de 15,66%, 13,66% y 10,77% respectivamente. Por último, debe resaltarse que los porcentajes de la mortalidad infantil en el Estado Guárico son mucho más bajos que los de Venezuela, siendo la diferencia entre el 8 y 9 por ciento.

Tabla 16. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico y Venezuela (1936-1938). Porcentajes al total de defunciones de cada año.						
Grupo de edad/Año	1936- Guárico	1937- Guárico	1938- Guárico	1936 - Venezuela	1937- Venezuela	1938- Venezuela
De 1 a 30 días	3,77%	5,50%	5,66%	8,84%	9,65%	9,66%
De 1 mes a 1 año	11,60%	10,29%	11,04%	15,69%	15,38%	15,89%
De 1 a 5 años	12,42%	9,67%	9,69%	13,42%	13,89%	14,81%
De 5 a 10 años	4,14%	3,64%	4,51%	4,17%	4,17%	4,38%
De 10 a 20 años	9,71%	11,05%	9,84%	6,66%	6,66%	6,42%
De 20 a 30 años	17,91%	19,08%	18,19%	11,35%	11,26%	10,81%
De 30 a 40 años	15,29%	14,24%	15,45%	10,14%	9,96%	9,47%
De 40 a 50 años	10,41%	11,49%	9,74%	8,64%	8,53%	8,00%
De 50 a 60 años	6,43%	7,23%	6,29%	7,82%	7,52%	7,40%
De 60 a 75 años	5,08%	4,30%	6,43%	7,82%	7,67%	7,60%
De 75 a 100 años	3,20%	3,37%	2,93%	5,27%	5,11%	5,33%
De más de 100 años	0,04%	0,13%	0,24%	0,20%	0,21%	0,23%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Año 1938. Elaboración propia.						

En la tabla 17 se presenta la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico y Venezuela en el año 1948. En el Estado Guárico, se destaca la elevada mortalidad que exhiben los grupos de edad «Menos de 1 año», «30 a 39 años» y «40 a 49 años», con un porcentaje del 22,12% y 12,03 y 11,64%% del total de defunciones respectivamente. Por otra parte, en los que se refiere a Venezuela se destacan los grupos de «Menos de 1 año», «1-4 años», «40 a 49 años» y «70 años y más» con un porcentaje de, 29,96%, 14,32%, 7,84% y 11,08% del total de defunciones respectivamente. Una vez más, los porcentajes de la mortalidad infantil son mucho más bajos en el Estado Guárico, siendo la diferencia un 7,84%.

Tabla 17. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico y Venezuela. Años 1948. Porcentajes al total de defunciones de 1948.

Grupos de edad	Defunciones – Guárico	(%)	Defunciones - Venezuela	(%)
Menos de 1 año	342	22,12%	17.956	29,96%
1-4 años	159	10,28%	8.580	14,32%
5-9 años	52	3,36%	2.055	3,43%
10-19 años	91	5,89%	2.671	4,46%
20-29 años	167	10,80%	4.396	7,33%
30-39 años	186	12,03%	4.624	7,72%
40-49 años	180	11,64%	4.697	7,84%
50-59 años	120	7,76%	4.110	6,86%
60-69 años	99	6,40%	4.207	7,02%
70 y más años	150	9,70%	6.638	11,08%
Total	1.546	100,00%	59.934	100,00%

Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Año 1948. Elaboración propia.

En la tabla 18 se presenta la mortalidad general por grupos de edad y sexo en el Estado Guárico durante el lapso 1955-1956. En los varones se destaca la elevada mortalidad que exhiben los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 1 a 4 años» y «De 35 a 39 años», con un promedio porcentual para los dos años de 28,88%, 10,59% y 9,95% respectivamente. En cuanto a las mujeres, se destaca la elevada mortalidad que exhiben los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 1 a 4 años» y «70 años y más», con un promedio de 28,74%, 11,38% y 16,12% respectivamente.

Tabla 18. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico. Años 1955-1956. Porcentajes al total de defunciones de cada año.

Grupo de edad/Año	1955 – Varones	1955- Mujeres	1956- Varones	1956- Mujeres
Menos de 1 año	28,04%	30,10%	29,75%	27,28%
De 1 a 4 años	11,46%	13,22%	9,68%	9,41%
De 5 a 9 años	3,86%	2,52%	2,72%	3,63%
De 10 a 19 años	4,77%	3,90%	4,13%	3,90%
De 20 a 29 años	6,81%	6,68%	7,79%	7,66%
De 30 a 35 años	8,85%	7,93%	8,74%	7,93%
De 35 a 39 años	8,51%	6,68%	11,45%	7,39%
De 50 a 59 años	9,19%	6,30%	9,56%	7,93%
De 60 a 69 años	8,51%	8,06%	7,79%	7,12%
70 años y más	9,99%	14,61%	8,38%	17,74%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1955-56. Elaboración propia.

En la tabla 19 se presenta la mortalidad general por grupos de edad y sexo en Venezuela durante el lapso 1955-1956. En los varones se destaca la elevada mortalidad que exhiben los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 1 a 4 años» y «De 70 años y más», con un promedio porcentual de 33,40%, 14,69% y 11,43% del total de defunciones para esos dos años respectivamente. Por igual, en las mujeres se destaca la elevada mortalidad que exhiben los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 1 a 4 años» y «70 años y más», con un

promedio porcentual para los dos años de 30,13%, 16,34% y 17,10% del total de defunciones respectivamente.

Tabla 19. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en Venezuela (1955-1956). Porcentajes al total de defunciones de cada año.				
Grupo de edad/Año	1955 – Varones	1955- Mujeres	1956- Varones	1956- Mujeres
Menos de 1 año	33,61%	30,48%	33,19%	29,78%
De 1 a 4 años	14,72%	16,31%	14,66%	16,38%
De 5 a 9 años	3,59%	3,39%	3,77%	3,33%
De 10 a 19 años	3,35%	3,07%	3,43%	2,96%
,De 20 a 29 años	4,97%	4,76%	4,69%	4,32%
De 30 a 39 años	5,34%	5,40%	5,14%	5,01%
De 35 a 39 años	7,11%	5,60%	6,94%	5,80%
De 50 a 59 años	7,92%	6,32%	8,27%	6,75%
De 60 a 69 años	8,19%	8,01%	8,27%	8,13%
70 años y más	11,21%	16,66%	11,66%	17,54%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1955-56. Elaboración propia.				

En la tabla 20 se presenta la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico durante el lapso 1957-1961. Se destaca la elevada mortalidad que exhiben los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 1 a 4 años» y «De 50 a 59 años», con un promedio porcentual para esos cinco años de 31,11%, 10,48% y 8,95% del total de defunciones respectivamente.

Tabla 20. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en el Estado Guárico (1957-1961). Porcentajes al total de defunciones de cada año.					
Grupo de edad/Año	1957	1958	1959	1960	1961
Menos de 1 año	29,56%	29,21%	32,71%	31,75%	32,46%
De 1 a 4 años	10,37%	13,57%	10,76%	8,71%	8,91%
De 5 a 9 años	3,73%	3,72%	2,63%	3,42%	1,83%
De 10 a 19 años	3,94%	2,41%	4,61%	4,63%	5,83%
De 20 a 29 años	6,54%	7,11%	5,05%	6,73%	8,91%
De 30 a 39 años	8,30%	6,89%	7,03%	8,16%	6,51%
De 40 a 49 años	8,82%	8,10%	8,34%	9,04%	6,63%
De 50 a 59 años	9,65%	9,74%	9,44%	8,82%	7,09%
De 60 a 69 años	8,51%	8,97%	9,00%	7,39%	8,91%
De 70 a 79 años	5,19%	6,46%	4,61%	6,06%	5,37%
De 80 a 89 años	4,15%	2,63%	4,06%	3,97%	6,40%
De 90 a 99 años	1,24%	0,98%	1,43%	0,99%	1,14%
De más de 100 años	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%
Ignorados	0,00%	0,22%	0,22%	0,33%	0,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1957-1963. Elaboración propia.					

En la tabla 21 se presenta la mortalidad general por grupos de edad en Venezuela durante el lapso 1957-1961. Se destaca la elevada mortalidad que exhiben los grupos de edad «Menos

de 1 año», «De 1 a 4 años» y «De 60 a 69 años», con un promedio porcentual para esos cinco años de 33,03%, 12,97% y 9,12% del total de defunciones respectivamente.

Tabla 21. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad en Venezuela (1957-1961). Porcentajes al total de defunciones de cada año.					
Grupo de edad/Año	1957	1958	1959	1960	1961
Menos de 1 año	32,03%	29,04%	35,30%	34,08%	34,02%
De 1 a 4 años	14,67%	16,66%	11,45%	10,73%	10,67%
De 5 a 9 años	3,57%	3,58%	2,85%	2,97%	3,29%
De 10 a 19 años	3,41%	3,66%	3,47%	3,24%	3,30%
De 20 a 29 años	4,84%	5,48%	4,84%	5,21%	4,67%
De 30 a 39 años	5,16%	5,52%	5,37%	5,39%	5,46%
De 40 a 49 años	6,99%	6,97%	6,97%	7,32%	7,23%
De 50 a 59 años	8,63%	8,84%	9,11%	8,98%	8,74%
De 60 a 69 años	8,71%	8,57%	8,73%	9,60%	9,84%
De 70 a 79 años	6,23%	6,05%	6,24%	6,58%	6,71%
De 80 a 89 años	3,74%	3,85%	3,88%	3,96%	3,98%
De 90 a 99 años	1,33%	1,26%	1,32%	1,36%	1,38%
De más de 100 años	0,00%	0,01%	0,11%	0,09%	0,08%
Ignorados	0,67%	0,49%	0,35%	0,49%	0,62%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1957-1963. Elaboración propia.					

En la tabla 22 se presentan las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo en Venezuela durante el año 1957. En lo que se refiere a la tasa de mortalidad total, se destacan los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 60 a 64 años», «De 65 a 69 años» y «70 años y más», con tasas de 65,8 por mil, 26,1 por mil; 33,4 por mil y 76,9 por mil respectivamente. También debe destacarse que para cada uno de estos grupos de edad, excepto los grupos de edad «De 1 a 4 años» y «De 30 a 34 años», la tasa de mortalidad de los varones excede a la de las mujeres.

Tabla 22. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1957.

Sexo/Grupo de edad/Año	Tasa de mortalidad total	Tasa de mortalidad - Varones	Tasa de mortalidad - Mujeres
Menos de 1 año	65,8	70,9	60,5
De 1 a 4 años	10,5	10,0	11,1
De 5 a 9 años	2,3	2,3	2,2
De 10 a 14 años	1,2	1,3	1,1
De 15 a 19 años	1,7	1,8	1,7
De 20 a 24 años	2,4	2,5	2,2
De 25 a 29 años	3,1	3,2	2,9
De 30 a 34 años	3,4	3,3	3,6
De 35 a 39 años	4,4	4,6	4,2
De 40 a 44 años	6,3	6,7	5,9
De 45 a 49 años	8,1	8,9	7,3
De 50 a 54 años	11,8	13,3	10,2
De 55 a 59 años	17,0	19,1	14,9
De 60 a 64 años	26,1	27,8	24,6
De 65 a 69 años	33,4	38,3	29,0
70 años y más	76,9	83,9	72,6
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1957-1963. Elaboración propia.			

En la tabla 23 se presentan las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo en Venezuela durante el año 1958. En lo que se refiere a la tasa de mortalidad total, se destacan los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 60 a 64 años», «De 65 a 69 años» y «70 años y más», con tasas de 56,8 por mil, 23,1 por mil, 30,6 por mil y 70,0 por mil respectivamente. También debe destacarse que para cada uno de estos grupos de edad, excepto el grupo de edad «De 1 a 4 años», la tasa de mortalidad de los varones excede a la de las mujeres.

Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1958.

Sexo/Grupo de edad/Año	Tasa de mortalidad total	Tasa de mortalidad - Varones	Tasa de mortalidad - Mujeres
Menos de 1 año	56,8	60,4	53,1
De 1 a 4 años	10,8	10,6	11,0
De 5 a 9 años	2,0	2,1	1,8
De 10 a 14 años	1,1	1,3	0,9
De 15 a 19 años	1,6	1,9	1,3
De 20 a 24 años	2,5	3,0	1,9
De 25 a 29 años	2,9	3,1	2,6
De 30 a 34 años	3,2	3,4	3,1
De 35 a 39 años	4,3	4,5	4,1
De 40 a 44 años	5,7	6,2	5,1
De 45 a 49 años	7,5	8,4	6,6
De 50 a 54 años	11,0	12,4	9,6
De 55 a 59 años	16,2	18,7	13,6
De 60 a 64 años	23,1	26,2	20,4
De 65 a 69 años	30,6	33,8	27,8
70 años y más	70,0	77,7	65,7
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1957-1963. Elaboración propia.			

En la tabla 24 se presentan las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo en Venezuela durante el año 1959. En lo que se refiere a la tasa de mortalidad total, se destacan los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 60 a 64 años», «De 65 a 69 años» y «70 años y más», con tasas de 60,9 por mil, 22,7 por mil, 30,1 por mil y 73,2 por mil respectivamente. También debe destacarse que para cada uno de estos grupos de edad, excepto los grupos de edad «De 1 a 4 años» y «De 35 a 39 años», la tasa de mortalidad de los varones excede a la de las mujeres.

Tabla 24. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1959.			
Sexo/Grupo de edad/Año	Tasa de mortalidad total	Tasa de mortalidad - Varones	Tasa de mortalidad - Mujeres
Menos de 1 año	60,9	65,7	55,8
De 1 a 4 años	7,4	6,9	7,9
De 5 a 9 años	1,6	1,6	1,5
De 10 a 14 años	1,0	1,1	0,8
De 15 a 19 años	1,6	1,8	1,4
De 20 a 24 años	2,1	2,4	1,8
De 25 a 29 años	2,5	2,8	2,2
De 30 a 34 años	3,1	3,4	2,8
De 35 a 39 años	4,1	4,0	4,2
De 40 a 44 años	5,5	6,0	4,4
De 45 a 49 años	7,4	8,0	6,4
De 50 a 54 años	10,4	12,2	8,5
De 55 a 59 años	16,1	18,7	12,7
De 60 a 64 años	22,7	24,6	21,0
De 65 a 69 años	30,1	34,5	26,2
70 años y más	73,2	79,0	69,6
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1957-1963. Elaboración propia.			

En la tabla 25 se presentan las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo en Venezuela durante el año 1960. En lo que se refiere a la tasa de mortalidad total, se destacan los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 60 a 64 años», «De 65 a 69 años» y «70 años y más», con tasas de 53,9 por mil, 23,3 por mil, 27,0 por mil y 65,2 por mil respectivamente. También debe destacarse que para cada uno de estos grupos de edad, excepto el grupo de edad «De 1 a 4 años», la tasa de mortalidad de los varones excede a la de las mujeres.

Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1960.			
Sexo/Grupo de edad/Año	Tasa de mortalidad total	Tasa de mortalidad - Varones	Tasa de mortalidad - Mujeres
Menos de 1 año	53,9	58,7	48,9
De 1 a 4 años	6,2	6,0	6,4
De 5 a 9 años	1,5	1,5	1,4
De 10 a 14 años	0,8	1,0	0,7
De 15 a 19 años	1,3	1,5	1,1
De 20 a 24 años	2,1	2,5	1,8
De 25 a 29 años	2,4	2,7	2,0
De 30 a 34 años	2,8	3,1	2,6
De 35 a 39 años	3,6	3,8	3,3
De 40 a 44 años	5,2	5,5	4,8
De 45 a 49 años	7,0	8,1	5,8
De 50 a 54 años	10,2	12,0	8,4
De 55 a 59 años	14,1	15,8	12,3
De 60 a 64 años	23,3	26,8	20,3
De 65 a 69 años	27,0	31,6	23,0
70 años y más	65,2	74,5	59,6
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1957-1963. Elaboración propia.			

En la tabla 26 se presentan las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo en Venezuela durante el año 1961. En lo que se refiere a la tasa de mortalidad total, se destacan los grupos de edad «Menos de 1 año», «De 60 a 64 años», «De 65 a 69 años» y «70 años y más», con tasas de 52,9 por mil, 23,4 por mil, 27,6 por mil y 67,0 por mil respectivamente. También debe destacarse que para cada uno de estos grupos de edad, excepto los grupos de edad «De 1 a 4 años» y «De 35 a 39 años», la tasa de mortalidad de los varones excede a la de las mujeres.

Tabla 26. Tasas específicas de mortalidad de Venezuela clasificadas por sexo y grupos de edad. Año 1961.			
Sexo/Grupo de edad/Año	Tasa de mortalidad total	Tasa de mortalidad - Varones	Tasa de mortalidad - Mujeres
Menos de 1 año	52,9	56,5	49,2
De 1 a 4 años	5,7	5,7	5,8
De 5 a 9 años	1,3	1,6	0,9
De 10 a 14 años	0,9	1,1	0,8
De 15 a 19 años	1,2	1,3	1,2
De 20 a 24 años	1,8	2,3	1,2
De 25 a 29 años	2,1	2,2	2,1
De 30 a 34 años	2,7	3,0	2,3
De 35 a 39 años	3,7	3,7	3,7
De 40 a 44 años	4,7	5,3	3,9
De 45 a 49 años	6,7	7,6	5,7
De 50 a 54 años	10,3	11,6	9,0
De 55 a 59 años	12,9	14,1	11,5
De 60 a 64 años	23,4	25,7	21,4
De 65 a 69 años	27,6	31,2	24,4
70 años y más	67,0	72,1	63,8
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1957-1963. Elaboración propia.			

Debe resaltarse que al analizar la mortalidad por grupos de edad, debería quedar claro que todos los grupos de edad experimentaron un descenso que varió en grado e intensidad. El grupo que más fuertemente redujo su mortalidad fue el comprendido entre los «20 y 40 años» de edad, o sea el grupo que comprende la población productora y laboral, lo cual tuvo un valioso significado para la economía del país. Le siguieron el grupo de «5 a 19 años», el de «1 a 4 años» y por último el de «50 años y más» (Arreaza Guzmán, 1961:85-88).

Mortalidad general por mes – A continuación se presentan estadísticas sobre la mortalidad general por mes en Venezuela para los lapsos donde dichas estadísticas estuvieron disponibles a través de los Anuarios Estadísticos de Venezuela, en este caso los lapsos 1939-1942 y 1955-1961.

En la tabla 27 se presenta la mortalidad general por mes en Venezuela durante el lapso 1939-1942. Sobresalen los meses de enero, julio y diciembre con un promedio porcentual para los cuatro años del lapso de 9,19%, 9,16% y 8,63% del total de defunciones respectivamente.

Tabla 27. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes en Venezuela (1939-1942). Porcentajes al total de defunciones de cada año.				
Mes/Año	1939	1940	1941	1942
Enero	10,46%	9,44%	8,85%	7,92%
Febrero	8,79%	7,71%	7,23%	7,05%
Marzo	8,88%	8,00%	7,78%	7,55%
Abril	8,00%	7,68%	7,40%	7,18%
Mayo	8,14%	8,06%	8,55%	8,27%
Junio	7,93%	8,14%	8,54%	9,33%
Julio	8,21%	9,05%	9,87%	9,56%
Agosto	7,88%	8,72%	8,90%	8,95%
Septiembre	7,72%	8,02%	8,31%	7,98%
Octubre	7,58%	8,33%	8,19%	8,35%
Noviembre	8,01%	8,35%	8,22%	8,37%
Diciembre	8,39%	8,49%	8,15%	9,48%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1940 y 1942. Elaboración propia.				

En la tabla 28 se presenta la mortalidad general por mes en Venezuela durante el lapso 1955-1961. Sobresalen los meses de enero, julio y diciembre con un promedio porcentual para los siete años del lapso de 8,63%, 8,61% y 8,64% del total de defunciones respectivamente.

Tabla 28. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes en Venezuela (1955-1961). Porcentajes al total de defunciones de cada año.

Mes/Año	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Enero	8,83%	8,89%	8,38%	9,02%	8,35%	8,42%	8,55%
Febrero	7,30%	8,21%	7,20%	7,80%	7,34%	7,71%	7,40%
Marzo	7,87%	8,19%	8,18%	8,75%	7,56%	8,24%	8,01%
Abril	7,63%	8,35%	7,30%	8,53%	8,29%	8,07%	7,99%
Mayo	8,17%	8,49%	8,18%	9,01%	8,33%	9,03%	8,07%
Junio	8,07%	8,22%	8,69%	8,87%	8,73%	8,53%	7,95%
Julio	8,36%	8,39%	8,62%	8,50%	9,30%	8,58%	8,50%
Agosto	8,48%	8,19%	8,50%	8,75%	8,35%	8,59%	9,37%
Septiembre	8,52%	7,86%	8,62%	8,24%	8,20%	8,04%	8,67%
Octubre	8,91%	8,49%	9,13%	7,60%	8,21%	8,60%	8,77%
Noviembre	8,97%	8,13%	8,59%	7,26%	7,65%	7,71%	8,16%
Diciembre	8,89%	8,58%	8,61%	7,69%	9,70%	8,47%	8,56%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Anuarios Estadísticos de Venezuela. Años 1955-1961. Elaboración propia.

Las tablas de la mortalidad general por mes en Venezuela dejan entrever que a partir de 1936, las enfermedades del aparato respiratorio (meses de diciembre y enero) y las del aparato digestivo (mes de julio) jugaron un papel de gran importancia en el perfil epidemiológico de Venezuela. Obviamente, la eventual erradicación del paludismo para 1950 repercutió grandemente en las tendencias estacionales observadas.

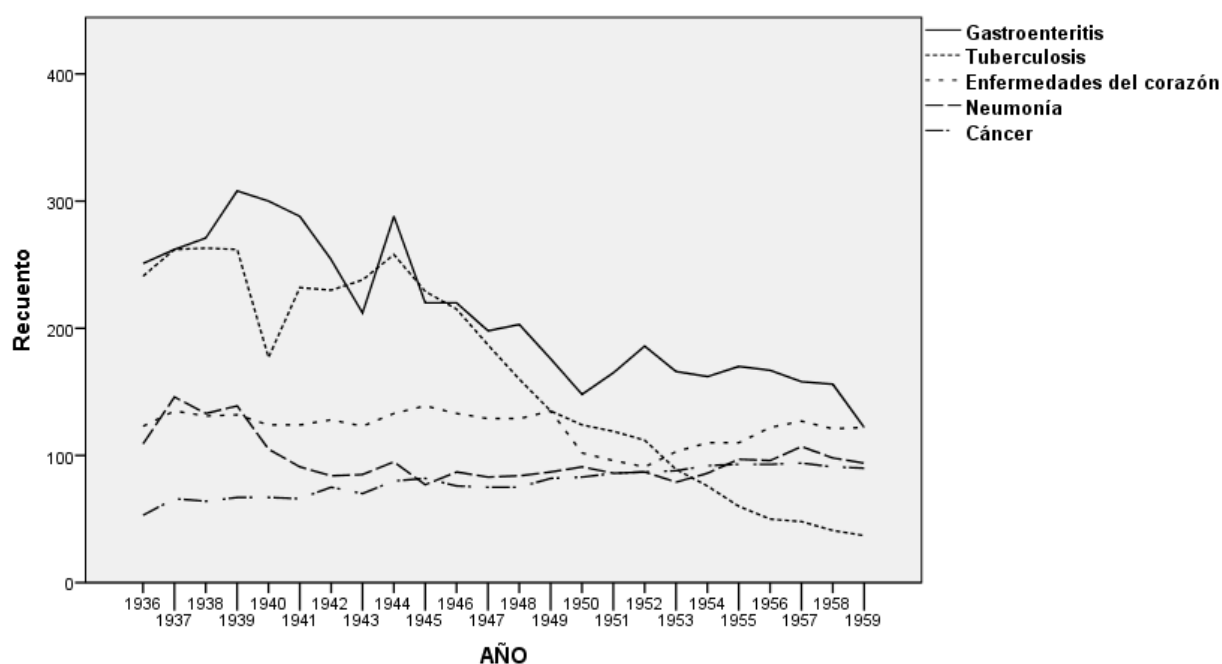
Mortalidad por causa de muerte –A partir de 1936, las estadísticas sobre las causas de muertes son más abundantes y en líneas generales más precisas y especializadas, sobre todo en el caso de la mortalidad infantil. A continuación se presentan algunas estadísticas sobre las causas de muerte, las cuales obviamente son de importancia para los efectos de esta tesis doctoral, y ofrecen una visión del cuadro epidemiológico en Venezuela durante el período 1936-1961.

En la tabla 29 y el gráfico 1 se muestra la evolución experimentada por las cinco principales causas de muerte en Venezuela durante el lapso 1936-1959. Sobresale el hecho de que las grandes causas de mortalidad son de naturaleza tanto infecciosa (gastroenteritis, tuberculosis y neumonía) como no infecciosa (enfermedades del corazón y cáncer). La tabla 29 y el gráfico 1 también muestran que todas estas enfermedades experimentaron una reducción desigual en sus respectivas tasas de mortalidad: un marcado descenso en la mortalidad por tuberculosis; un descenso gradual de la mortalidad por gastroenteritis, pero todavía mostrando niveles muy altos; la neumonía presenta niveles de mortalidad si se quiere erráticos, pero todavía relativamente altos; por último, las enfermedades del corazón presentan un patrón de mortalidad alto y relativamente estable, mientras que el cáncer muestra un patrón de mortalidad definitivamente ascendente. (Arreaza Guzmán, 1961:88).

Tabla 29. Las cinco principales causas de muerte en Venezuela - 1936-1959. Tasas estimadas por 100.000 habitantes.

Año	Gastroenteritis	Tuberculosis	Enfermedades del corazón	Neumonía	Cáncer
1936	251,09	241,17	123,03	109,11	52,60
1937	262,37	262,11	134,62	146,46	65,84
1938	271,40	263,30	130,67	132,94	64,00
1939	308,39	261,55	132,03	138,79	66,82
1940	299,70	176,68	123,66	105,44	67,28
1941	288,33	231,66	124,31	90,70	66,28
1942	254,26	230,02	127,62	84,27	74,60
1943	211,74	237,84	122,54	85,14	69,82
1944	287,88	257,66	132,89	95,21	79,90
1945	220,13	229,11	139,17	76,96	82,12
1946	219,95	214,77	133,33	86,56	76,06
1947	197,94	186,74	128,96	82,51	75,45
1948	202,64	159,97	129,30	84,36	75,44
1949	176,29	134,79	135,10	86,63	81,68
1950	147,91	124,14	101,55	91,11	83,14
1951	165,12	118,74	95,82	86,14	86,43
1952	186,22	112,13	91,14	86,94	86,70
1953	166,36	89,46	102,94	79,40	87,56
1954	162,34	76,08	110,42	85,70	91,80
1955	169,85	59,97	110,43	97,36	92,75
1956	167,13	49,97	121,54	96,18	92,80
1957	157,60	48,01	127,10	106,86	94,23
1958	155,81	40,73	121,19	97,68	91,49
1959	122,19	36,88	121,87	93,79	89,74

Fuente: Arreaza Guzmán, 1961:89. Elaboración propia.

Gráfico 1. Evolución de las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de las cinco principales causas de muerte en Venezuela a lo largo del periodo 1936-1959.

Fuente: Arreaza Guzmán, 1961:89. Elaboración propia.

Mortalidad infantil – Se puede decir que durante el período 1936-1961, la mortalidad infantil experimentó un descenso semejante al de la mortalidad general. Como se aprecia en la tabla 30, por ejemplo, la mortalidad infantil descendió de 129,33 por mil nacidos vivos en 1938 a 60,13 en 1959. A juicio de Arreaza Guzmán, estas tasas pueden ser sometidas a críticas aún mayores que las formuladas para las tasas de natalidad y mortalidad general, pues es indudable que el subregistro de niños muertos menores de un año es mayor que el de los adultos (Arreaza Guzmán, 1961:77).

Tabla 30. Mortalidad infantil y natalidad en Venezuela desde 1938 a 1959. Tasas estimadas por 1.000 nacimientos vivos.					
Años	Total de muertes	Tasa por 1.000	Nacimientos vivos	Nacimientos muertos	Total de nacimientos
1938	15.282	129,33	118.158	315*	118.473
1939	17.058	132,14	129.086	396*	129.482
1940	16.234	122,03	133.029	365*	133.394
1941	16.288	121,53	134.018	366*	134.484
1942	16.040	115,04	139.428	163*	139.265
1943	15.843	105,01	145.016	313**	145.329
1944	17.192	117,80	145.938	1.269**	147.207
1945	15.229	99,44	153.138	1.351**	154.489
1946	16.879	100,13	163.653	1.649**	165.302
1947	17.310	100,73	171.831	1.915**	173.746
1948	17.994	99,05	181.651	1.939**	183.590
1949	18.480	93,86	196.883	1.890**	198.773
1950	16.911	81,41	207.723	4.373	212.096
1951	17.682	80,49	219.679	4.874	224.553
1952	18.205	80,65	225.723	4.980	230.703
1953	17.023	69,13	246.227	4.917	251.144
1954	17.944	69,84	256.919	5.215	262.134
1955	19.012	71,27	266.744	5.688	272.432
1956	18.556	68,15	272.252	5.797	278.049
1957	19.091	69,51	274.638	5.901	280.539
1958	18.224	65,82	276.849	5.913	282.762
1959	18.101	60,13	300.999	12.566	313.565
Fuente: Arreaza Guzmán, 1961:77. Elaboración propia.					

*Sólo en Caracas.

**Sólo algunas ciudades: Caracas, Barcelona, Barquisimeto, Cabimas, Calabozo, Carora, Carúpano, Ciudad Bolívar, Coro, Cumaná, Duaca, La Asunción, La Guaira (Maiquetía y Macuto), Los Teques, Maracay, Maracaibo, Mérida, Ocumare del Tuy, Porlamar, Puerto Cabello, La Victoria.

En la tabla 31 se presentan las tasas de mortalidad infantil por grupos de edad para toda Venezuela. En este caso, la mortalidad infantil se divide en tres grupos de edad, a saber: «Menores de 28 días de nacidos» y «De 1 a 5 meses» y «De 6 a 11 meses». Se observa que el grupo de edad «Menores de 28 días de nacidos» ha representado consistentemente a lo largo del período estudiado la mayor proporción de la mortalidad en menores de un año. Para 1938 la mortalidad en menores de 28 días representaba el 38,94% de la mortalidad infantil, cifra que va en ascenso progresivo hasta alcanzar en 1959 el 43,89%. En cambio el descenso relativo experimentado por la mortalidad en niños de 1 a 5 meses y de 6 a 11

meses de edad es bastante paralelo, manifestándose entre ambas mortalidades a lo largo de todo el período una diferencia aproximada de un 10%. Queda claro que las causas de muertes perinatales jugaron un papel predominante durante el lapso 1938-1959. Al mismo tiempo, es aparente que la lucha contra las causas de muerte en los niños mayores de 28 días fue más exitosa (Arreaza Guzmán, 1961:85).

Tabla 31. Mortalidad en menores de 28 días, 1 a 5 meses y 6 a 11 meses de edad expresada en porcentajes de la mortalidad infantil. Venezuela (1938-1959).			
Año	Mortalidad menores de 28 días (%)	Mortalidad 1 a 5 meses (%)	Mortalidad 6 a 11 meses (%)
1938	38,94	35,56	25,50
1939	34,49	37,53	27,98
1940	36,85	37,41	25,74
1941	36,15	35,79	28,07
1942	37,70	35,87	26,43
1943	38,66	36,43	24,91
1944	34,57	38,23	27,20
1945	38,89	35,51	25,60
1946	39,69	35,48	24,83
1947	40,25	36,60	23,15
1948	41,61	35,78	22,61
1949	43,16	35,50	21,33
1950	44,33	34,21	21,46
1951	43,20	34,15	22,65
1952	41,31	34,84	23,85
1953	43,45	33,25	23,30
1954	43,41	33,50	23,08
1955	42,84	34,15	23,01
1956	43,14	34,00	22,85
1957	41,57	34,88	23,34
1958	41,42	33,58	24,99
1959	43,89	33,73	22,38
Fuente: Arreaza Guzmán, 1961:85. Elaboración propia.			

En la tabla 32 se presentan las grandes causas de la mortalidad en niños menores de 28 días durante el lapso 1942-1959. Como se aprecia en dicha tabla, la prematuridad aparece en el primer lugar lo largo de todo el período, representando algo más del 23% de la mortalidad total. A ésta le siguen las enfermedades respiratorias, una causa de muerte que se incrementó paulatinamente, pasando de un 2,96% en 1942 a un 19,4% en 1959. Por otra parte, se observa un ligero descenso en la mortalidad por enfermedades peculiares de la primera infancia, grupo de afecciones que comprende «todas aquellas lesiones producidas al nacer, asfixias, atelectasia, neumonías, diarreas y un grupo de infecciones e intoxicaciones del recién nacido, incluyendo la infección umbilical; comprende también la enfermedad hemolítica, la hemorragia del recién nacido y la inadaptación al régimen alimenticio». En síntesis, la mortalidad en niños menores de 28 días fue causada por afecciones que se originan durante el período pre-natal, a las cuales se agregaban las

enfermedades respiratorias, enfermedades influenciadas notablemente por las condiciones que acompañaron la gestación y el parto (Arreaza Guzmán, 1961:93).

Tabla 32. Principales causas de muerte en niños menores de 28 días de nacidos. Porcentajes sobre la mortalidad diagnosticada para la edad. Venezuela (1942-1959).				
Año	Prematuridad (%)	Debilidad congénita (%)	Enfermedades peculiares de la primera infancia (%)	Respiratorias (%)
1942	23,90	27,29	-	2,96
1943	27,19	25,66	-	2,39
1944	30,31	26,79	-	1,78
1945	31,07	22,88	-	2,10
1946	30,25	22,04	-	2,86
1947	30,53	23,89	-	4,17
1948	30,68	21,78	-	4,55
1949	27,4	24,5	-	6,26
1950	21,2	-	-	10,3
1951	21,2	-	18,3	14,0
1952	22,9	-	10,6	15,1
1953	23,6	-	14,0	15,9
1954	22,4	-	11,9	17,6
1955	20,1	-	11,8	19,5
1956	21,4	-	10,8	19,8
1957	24,7	-	9,2	20,2
1958	24,5	-	9,2	19,3
1959	23,7	-	8,6	19,4
Fuente: Arreaza Guzmán, 1961:93. Elaboración propia.				

En la tabla 33 se presentan las causas de muerte en el grupo de edad «De 1 a 5 meses» durante el lapso 1942-1959. Como se aprecia en dicha tabla, en este grupo de edad predominan la diarrea y la enteritis, seguidas de cerca por las neumonías, y más alejadamente por las enfermedades peculiares de la primera infancia. Llama poderosamente la atención el ascenso de las enfermedades respiratorias, representadas en particular por la neumonía. También resalta la presencia de la meningitis de etiología indeterminada (Arreaza Guzmán, 1961:94).

Tabla 33. Principales causas de muerte en niños de 1 a 5 meses de edad. Porcentajes sobre la mortalidad diagnosticada para la edad. Venezuela (1941-1959).					
Año	Diarrea y Enteritis (%)	Respiratorias (%)	Debilidad congénita (%)	Enfermedades peculiares de la primera infancia (%)	Meningitis (%)
1941	50,43	16,32	8,87	-	1,23
1942	47,29	10,60	8,91	-	1,31
1943	40,85	12,0	10,88	-	1,35
1944	50,34	9,88	8,97	-	1,36
1945	47,96	10,81	10,33	-	1,50
1946	44,48	12,02	9,78	-	2,69
1947	43,73	14,64	9,32	-	2,55
1948	45,92	15,78	11,70	-	1,83
1949	46,50	18,90	9,00	-	1,88
1950	46,88	22,18	-	9,18	1,89
1951	48,57	22,10	-	7,62	1,60
1952	50,86	24,82	-	7,24	1,11
1953	53,72	30,34	-	8,10	1,48
1954	49,52	22,82	-	10,75	1,52
1955	48,24	23,48	-	11,03	0,83
1956	49,62	22,14	-	11,14	1,51
1957	44,36	29,49	-	10,71	1,19
1958	48,60	27,64	-	9,15	1,23
1959	41,14	30,58	-	9,23	1,58
Fuente: (Arreaza Guzmán, 1961:94. Elaboración propia.					

En la tabla 34 se presentan las causas de muerte en el grupo de edad «De 6 a 11 meses» durante el lapso 1942-1959. Como se aprecia en dicha tabla, en este grupo de edad, al igual que en el grupo de edad 1 y 5 meses, predominan la diarrea y la enteritis, aunque las mismas muestran una tendencia ligeramente decreciente. A estas enfermedades le siguen las neumonías, las cuales muestran una tendencia definitivamente ascendente, y las enfermedades peculiares de la primera infancia, cuya presencia no es tan marcada como en el grupo de edad 1 y 5 meses. Por último, la presencia de meningitis de etiología indeterminada es mucho más aparente en este grupo de edad (Arreaza Guzmán, 1961:94).

Cabe también destacar que en el grupo de edad «De 1 a 5 meses» y con menos frecuencia en el grupo de edad «De 6 a 11 meses», figuraron también las defunciones por debilidad o malformaciones congénitas. Esta enfermedad fue aparentemente agrupada dentro de la categoría «enfermedades peculiares de la primera infancia» a partir de 1950. Según Vélez Boza, durante el decenio 1950-1959 en Venezuela fueron diagnosticadas 4.227 defunciones por malformaciones congénitas ocurriendo una mayor mortalidad en varones 2.346 (55,5%)

que en las mujeres 1.881 (44,5%), y habiendo aumentado progresivamente el número de casos en el transcurso de esos años (Vélez Boza, 1961:415).

Tabla 34. Principales causas de muerte en niños de 6 a 11 meses de edad. Porcentajes sobre la mortalidad diagnosticada para la edad. Venezuela (1941-1959).					
Año	Diarrea y Enteritis (%)	Neumonías (%)	Debilidad congénita (%)	Enfermedades peculiares de la primera infancia (%)	Meningitis (%)
1941	54,29	12,74	1,44	-	1,76
1942	56,87	9,74	2,34	-	1,99
1943	48,78	10,56	2,56	-	2,62
1944	55,42	10,57	1,65	-	2,92
1945	52,47	11,67	1,79	-	4,69
1946	49,71	13,73	1,28	-	5,22
1947	52,09	12,95	1,10	-	6,67
1948	51,86	15,35	1,47	-	5,52
1949	51,10	16,9	2,0	-	4,38
1950	50,38	19,35	-	2,63	4,45
1951	51,05	20,96	-	2,41	3,11
1952	55,43	21,05	-	2,23	2,23
1953	58,26	19,49	-	3,07	2,49
1954	52,18	19,73	-	6,34	2,42
1955	51,20	21,88	-	6,82	2,41
1956	52,64	21,21	-	5,40	2,58
1957	50,81	26,01	-	5,38	1,76
1958	51,79	25,17	-	5,76	1,72
1959	47,77	26,87	-	3,85	2,08
Fuente: Arreaza Guzmán, 1961:96. Elaboración propia.					

La disminución de la mortalidad infantil a finales de la década de los 50 fue un proceso que ocurrió a nivel mundial. En Venezuela, sobre todo, el descenso de la mortalidad infantil fue más que impresionante. Sólo basta decir que para 1941 este coeficiente para todo el país era de 121,2 por 1.000 nacidos vivos, y para 1958 de 64,4. Esta cifra colocaba a Venezuela en el segundo puesto de la América Latina, después del Uruguay. La calificación de los coeficientes de mortalidad infantil para 1960 era la siguiente:

- Débil - Menos de 40 por 1.000 nacidos vivos
- Moderado – De 40 a 69 por 1.000 nacidos vivos
- Fuerte - De 70 a 99 por 1.000 nacidos vivos
- Muy fuerte - Por encima de 100 por 1.000 nacidos vivos

Este sistema de calificación de los coeficientes de mortalidad infantil, le otorgaba a Venezuela una clasificación de moderada y ya en algunas ciudades venezolanas ya se llegaba a la categoría de débil (Oropeza, 1960:7).

Conviene señalar que para el lapso 1950-1961, López ha calculado las tasas de mortalidad corregidas, tomando en cuenta un subregistro de proporción descendente de 20%. Dichas tasas de mortalidad se presentan en la tabla 35. Como se aprecia en esta tabla, después efectuar correcciones necesarias, para 1961 la tasa de mortalidad infantil seguía presentando un valor elevado de 65,7 por 1.000 nacimientos vivos. En estas circunstancias, Venezuela se colocaba entre los países subdesarrollados. Sin embargo, debe mencionarse que ese valor correspondía a los niveles más bajos que pueden representar la mortalidad infantil en ese grupo de países. Además, los valores de dicha mortalidad infantil en las naciones atrasadas se colocaban entre 60 y 200 por 1.000, con un fuerte predominio de los niveles superiores a 80 (López, 1968:44-45).

Tabla 35. Tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacimientos vivos de Venezuela. Tasas corregidas (1950-1961).	
Años	Mortalidad infantil
1950	99,7(*)
1951	98,3
1952	98,4
1953	84,4
1954	85,1
1955	86,7
1956	82,8
1957	84,3
1958	79,8
1959	71,3
1960	68,1
1961	65,7
Fuente: López, 1968:45. Elaboración propia.	
*Tasas corregidas a partir de la hipótesis de un subregistro de proporción descendente de 20%.	

Por otro lado, no obstante los grandes éxitos alcanzados en la reducción de la mortalidad infantil, en algunas regiones del interior de Venezuela todavía no se obtenían cifras exactas que reflejaran el problema local. Los obstáculos eran varios, a saber (Oropeza, 1960:8):

- La defectuosa inscripción de los nacimientos en el Registro Civil.
- Las irregularidades en la inscripción de la natalidad y mortalidad en el medio rural.
- La falta de delimitación de áreas precisas para el registro de la mortalidad y la clasificación de áreas urbanas y rurales.
- La gran proporción de las muertes por causa desconocidas.
- La indiferencia de la clase médica y de algunas instituciones asistenciales en el asiento correcto de las causas de muerte al expedir los Certificados de Defunción

- La afluencia de la población rural a las ciudades en busca de recursos médicos, aumentando así proporcionalmente, los coeficientes de mortalidad en las ciudades.

4.2.6. Transición epidemiológica

La transición epidemiológica que acompañó al descenso de la mortalidad, no sólo en Venezuela sino en otras partes del mundo, presenta tres principales características. Primero, las enfermedades infecciosas, responsables por el mayor número de defunciones, fueron reemplazadas por enfermedades crónicas y degenerativas. Por citar un ejemplo, enfermedades transmitidas por agua y alimentos, como el grupo de las diarreas y enteritis, o las transmitidas por aire, como la tuberculosis y la neumonía, eventualmente darían paso a enfermedades de carácter crónico asociadas a problemas cardiovasculares y nerviosos, o episodios patológicos, como los ligados a procesos cancerosos. Segundo, la morbi-mortalidad que afectó de forma excesiva a la población infantil-juvenil, pasaría a concentrarse en las edades más avanzadas. Como tal, el descenso inicial de la mortalidad provocada por las causas de muerte de naturaleza infecciosa benefició, sobre todo, a los grupos de edad más jóvenes. La supervivencia más allá de la infancia aumentaría el grado de exposición a factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas y degenerativas y propiciaría el cambio del patrón epidemiológico. Por último, el patrón epidemiológico pasa a ser dominado por la morbilidad, es decir, con una mortalidad decreciente y una morbilidad creciente, se vive más pero se enferma más (Bernabeu Mestre, 1994:99-100).

En el caso de Venezuela, para 1961 existían todos los indicios de que una transición epidemiológica se había puesto en marcha, aunque todavía no había llegado a su punto final. Por un lado, para 1961 las enfermedades del corazón y el cáncer eran la segunda y cuarta causa principal de muerte en Venezuela respectivamente, la mortalidad infantil había experimentado un enorme descenso en el corto lapso de 25 años y un significativo porcentaje la mortalidad ahora se concentraba en los grupos de edad más avanzados. Ligado a todo esto, la expectativa de vida en Venezuela para 1961 era casi el doble de lo que era en 1926. Por otro lado, sin embargo, para 1961 las enfermedades cardiovasculares y el cáncer todavía no dominaban el patrón epidemiológico de Venezuela y la principal causa de muerte ese mismo año eran las enfermedades de la primera infancia, las cuales afectaban principalmente al grupo «Menores de 12 meses». En conjunto, estas circunstancias demuestran que una transición epidemiológica no había ocurrido en Venezuela de forma completa. Detalles más específicos se presentan a continuación.

Cambios en el patrón epidemiológico – Es evidente que el patrón epidemiológico de Venezuela, el cual había sido dominado en siglos pasados y las primeras décadas del siglo XX por las enfermedades infecciosas, comenzó a cambiar radicalmente en la segunda parte de la década de 1940, una vez puesta en marcha la campaña contra la malaria mediante el uso del D.D.T. En la tabla 36 se presenta el patrón de la mortalidad general por enfermedades infecciosas y no infecciosas en Venezuela durante el lapso 1939-1949. De acuerdo a los *Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital* publicados para los años del lapso 1939-1949, los datos presentados en esta tabla representan «*las cinco principales causas de muerte en Venezuela*» durante el mencionado lapso. Como se puede apreciar en dicha tabla, en 1939 la mortalidad general por enfermedades infecciosas superaba ampliamente a la mortalidad general por causas de muerte no infecciosas. Específicamente, en 1939 diarrea y enteritis, tuberculosis y neumonías ocupaban los tres primeros puestos como causa principal de muerte con un porcentaje sobre la mortalidad diagnosticada de 15,23%, 12,91% y 7,10% respectivamente. Las enfermedades del corazón se colocaban en el cuarto lugar con un porcentaje de 6,55%, siguiéndole el paludismo con 5,15%. Ya para 1949, y con el paludismo prácticamente erradicado, el margen entre la mortalidad general por enfermedades infecciosas y no infecciosas, se había reducido considerablemente. Durante ese año, la diarrea y enteritis seguían ocupando el primer puesto con un porcentaje de 13,79% sobre la mortalidad diagnosticada. Sin embargo, las enfermedades del corazón ahora ocupaban el segundo puesto con 10,31% del total de la mortalidad diagnosticada. La tuberculosis, las muertes violentas y accidentales y las neumonías ocupan los tres puestos restantes con un porcentaje de 10,27%, 7,82% y 6,61% del total respectivamente. No obstante este cambiante patrón de mortalidad, debe de tenerse presente que el porcentaje de mortalidad sin diagnosticar en relación al total de la mortalidad general, representaba un 59,24% en 1939 y un 47,80% en 1949, porcentajes por demás altísimos que hasta cierto punto ponía en duda las verdaderas características del patrón epidemiológico de Venezuela.

Tabla 36. Porcentajes de la mortalidad general en Venezuela por enfermedades infecciosas y no infecciosas. Basado en las cinco principales causas de muerte (1939-1949).					
Año	Mortalidad por enfermedades infecciosas	Mortalidad por causas de muerte no infecciosas*	Mortalidad sin diagnosticar	Mortalidad diagnosticada	Total mortalidad general
1939	16,46%	2,67%	59,24%	40,76%	67.757
1940	17,10%	2,85%	58,30%	41,70%	61.557
1941	17,53%	2,94%	58,18%	41,82%	62.383
1942	17,43%	2,92%	57,77%	42,23%	63.528
1943	16,25%	3,06%	58,24%	41,76%	64.131
1944	16,52%	2,99%	58,90%	41,10%	70.524
1945	11,54%	5,69%	58,22%	41,78%	64.133
1946	15,73%	4,02%	52,38%	47,62%	64.614
1947	15,51%	4,28%	51,59%	48,41%	60.956
1948	16,69%	4,85%	47,78%	52,22%	60.077
1949	16,01%	5,38%	47,80%	52,20%	57.886
Fuente: Anuarios de epidemiología y estadística vital, Años 1940-1949. Elaboración propia.					
*Se excluyen las cifras por muertes violentas y accidentales.					

A partir de 1950 los *Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital* mejoran notablemente la presentación del patrón epidemiológico de Venezuela y dan a conocer, consistentemente, lo que se denomina «*las veintisiete causas de muerte más importantes en Venezuela*» y nos permite ofrecer un cuadro más extenso de la mortalidad por causas infecciosas y no infecciosas. En la tabla 37 se presenta la mortalidad general por enfermedades infecciosas y no infecciosas durante el lapso 1950-1961. Como se aprecia en esta tabla, entre 1950 y 1953 y en lo que se refiere a la mortalidad diagnosticada, la mortalidad por enfermedades infecciosas todavía superaba a la mortalidad por causas de muerte no infecciosas. El grupo de diarrea, enteritis y gastroenteritis fue la primera causa de muerte en Venezuela a lo largo de todo este lapso. Sin embargo a partir de 1954 el patrón epidemiológico se vuelca a favor de las causas de muerte no infecciosas. En ese año, aunque el grupo de diarrea, enteritis y gastroenteritis seguía siendo la primera causa de muerte en Venezuela con un total de 4.914 defunciones o 8,64% del total de la mortalidad general, la cifra de mortalidad por causas de muerte no infecciosas (13.774) por primera vez superó a la de la mortalidad por enfermedades infecciosas (13.055). Las enfermedades de la primera infancia ocuparon el segundo lugar con un total de 3.855 defunciones o 6,78% del total. Le siguieron las enfermedades del corazón, cáncer y tuberculosis con 3.469, 2.884 y 2.390 defunciones o 6,10%, 5,07% y 4,20% del total de la mortalidad general respectivamente. Para 1961, el sesgo a favor de la mortalidad por causas de muerte no infecciosas era aparentemente irreversible. Ese año, entre las cinco primeras causas de muerte, las enfermedades de la primera infancia ocuparon el primer lugar con 5.457 defunciones o 9,82% del total de la mortalidad general, seguidas de las enfermedades del corazón, el grupo diarrea/enteritis/gastroenteritis, cáncer y neumonías, las cuales fueron responsables por

4.768, 4.463, 3.969 y 2.372 defunciones o 8,58%, 8,03%, 7,14% y 4,27% del total respectivamente.

Aunque las estadísticas a partir de 1954 al parecer favorecieron a la mortalidad por causas de muerte no infecciosas, en su propuesta teórica Omran se refiere exclusivamente a enfermedades no infecciosas de carácter degenerativo y manufacturadas por el hombre, en particular las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, las cuales acumularon en conjunto tan sólo el 15,72% del total de defunciones en 1961.

Tabla 37. Porcentajes de la mortalidad general en Venezuela por enfermedades infecciosas y no infecciosas. Basado en las veintisiete principales causas de muerte (1950-1961).					
Año	Mortalidad por enfermedades infecciosas	Mortalidad por causas de muerte no infecciosas*	Mortalidad sin diagnosticar	Mortalidad diagnosticada	Total mortalidad general
1950	22,14%	18,65%	48,26%	51,74%	54.397
1951	24,47%	20,37%	-	-	55.415
1952	25,08%	20,14%	-	-	56.931
1953	23,89%	22,67%	-	-	53.945
1954	22,97%	24,23%	-	-	56.846
1955	-	-	-	-	59.348
1956	22,69%	27,50%	-	-	59.339
1957	23,77%	27,50%	-	-	61.918
1958	23,81%	28,67%	-	-	59.587
1959	22,36%	31,08%	-	-	57.474
1960	36,31%	51,23%	-	-	52.354
1961	22,70%	34,40%	28,64%	72,81%	55.585
Fuente: Anuarios de epidemiología y estadística vital, Años 1950-1961. Elaboración propia.					
*Se excluyen las cifras de muertes por accidentes, suicidios y homicidios.					
**Estas cifras representan la mortalidad estimada para 1960 y no la mortalidad diagnosticada.					

Descenso de la mortalidad infantil – Como ya se ha mencionado con anterioridad, la mortalidad infantil en Venezuela experimentó un descenso más que notable entre 1938 y 1959, específicamente pasando de 129,33 por mil nacidos vivos en 1938 a 60,13 en 1959. Estas tasas probablemente estarían infravaloradas debido al subregistro de niños muertos menores de un año (Arreaza Guzmán, 1961:77). No obstante, el descenso ocurrido durante este lapso, no deja de ser impresionante y colocaba a Venezuela en una posición relativamente envidiable con respecto a otros países, en particular al tener una mortalidad infantil calificada como *moderada* por los organismos de salud mundial (Oropeza, 1960:7).

Grupos de edad favorecidos – Ya se ha resaltado de antemano que el gran descenso de la mortalidad general en Venezuela a partir de 1936 repercutió grandemente en los grupos de edad más baja y hubo una definitiva transferencia de la mortalidad a los grupos de edad más avanzados. Específicamente, la mortalidad se redujo en todos los grupos, aunque con diferente grado e intensidad. Como se aprecia en la tabla 38, el grupo de edad que más

fuertemente redujo su mortalidad y por consiguiente el más favorecido fue el comprendido entre los 20 y 29 años de edad. Le siguen el grupo de 30 a 39 años, el de 10 a 19 años, el de 5 a 9 años, el de 1 a 4 años etc., y por último el de 70 años y más (Arreaza Guzmán, 1961:85-88).

Tabla 38. Tasas de mortalidad por grupos de edad en Venezuela y porcentajes que representan las tasas de mortalidad de 1959 respecto a las de 1940.			
Grupos etarios	1940 Tasas estimadas por 1.000 habitantes	1959 Tasas estimadas por 1.000 habitantes	Porcentajes de las tasas de 1959 en relación a las tasas de 1940
Menor de 1 año	121,70 por 1.000 nacidos vivos	60,13 por 1.000 nacidos vivos	49,40
1-4 años	20,97	8,79	41,92
5-9 años	4,79	1,98	41,33
10-19 años	3,94	1,43	36,29
20-29 años	8,83	2,38	26,95
30-39 años	12,03	3,95	32,83
40-49 años	15,59	7,37	47,36
50-59 años	22,45	14,54	64,77
60-69 años	39,36	31,06	78,91
70 años y más	96,73	86,78	89,71
Tasas de mortalidad de Venezuela	16,6	9,3	56,02
Fuente: Arreaza Guzmán, 1961:87. Elaboración propia.			

Esperanza de vida al nacer – En lo que se refiere a la esperanza de vida al nacer en Venezuela, este coeficiente experimentó un espectacular aumento entre 1926 y 1961. Como se puede apreciar en la tabla 41, la esperanza de vida al nacer en Venezuela en 1926 era sólo 32,2 años. Para 1961, un lapso de sólo 35 años, ya había ascendido a 62,9 años, reflejando el vertiginoso descenso de la mortalidad general. Además, es notable, aunque era lo esperado, que para todos los años incluidos en la tabla 39, la esperanza de vida al nacer fue siempre ligeramente más alta para las mujeres que para los hombres.

Tabla 39. Esperanza de vida al nacer en Venezuela. Años Censales 1926, 1936, 1941, 1950 y 1961.			
Año	Hombres	Mujeres	Total
1926	31,6	32,8	32,2
1936	33,3	34,5	33,9
1941	39,2	40,7	39,9
1950	51,2	54,0	52,6
1961	61,2	64,7	62,9
Fuente: Arriaga, 1968:277. Elaboración propia.			

El espectacular aumento de la esperanza de vida al nacer en Venezuela, aunque significativo, pareciera concordar más o menos con lo visto en toda la América del Sur en el siglo XIX y a principios del siglo XX. Según Arriaga, la esperanza de vida al nacer en la América del Sur para los períodos 1860-1900, 1900-1930 y 1930-1960 fue de 27,2, 33,6 y 55,8 años respectivamente (Arriaga, 1974:19-20).

En resumen, se puede concluir que a pesar de los enormes logros en la reducción de la mortalidad general e infantil, el cambio definitivo del patrón epidemiológico, es decir, de muerte por causas infecciosas a muerte por causas no infecciosas, ocurrido alrededor de 1954, y el espectacular aumento de la esperanza de vida entre 1926 y 1961, la transición epidemiológica en Venezuela en 1961, no se puede calificar de completa, sino más bien inacabada o retardada, lo que la coloca dentro del *Modelo Tardío* expuesto por Omran. La razón principal es que todavía en ese año, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer en conjunto sólo acumulaban un 15,72% del total de defunciones. Por otro lado, la principal causa de muerte para 1961 eran las enfermedades de la primera infancia, enfermedades que afectaban al grupo de edad «Menores de un año». Este grupo de edad aún grandemente desfavorecido en 1961, presentaba la más alta tasa de mortalidad, específicamente 52,9 por mil. Debe agregarse que para 1961, las enfermedades mal definidas alcanzaban casi el 30,00% del total de la mortalidad general. Como tal, esta causa de muerte presentaba un significativo escollo en determinar hasta qué punto se había gestado una transición epidemiológica en Venezuela. No obstante todas estas consideraciones, se puede aseverar que entre más o menos 1845 y 1945 y en términos de la propuesta teórica de Omran, Venezuela se encontraba en la **Fase 2** (Edad de las pandemias retraídas) de la transición epidemiológica. Con la erradicación del paludismo alrededor de 1950, el relativo éxito alcanzado contra otras enfermedades infecciosas como la tuberculosis y las enfermedades parasitarias y el ascenso, aunque lento y paulatino, de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer como porcentaje de la mortalidad general, Venezuela gradualmente entró a la **Fase 3** (Edad de las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre) a mediados de la década de 1950. Sin embargo, tal y como lo sugiere Omran, como país en vías de desarrollo, Venezuela en 1961 todavía no había culminado la **Fase 3** de la transición epidemiológica y definitivamente dicha transición se puede considerar como inacabada.

En Venezuela, la transición epidemiológica llegó a su punto final alrededor de 1980. Durante ese año, la mortalidad por enfermedades del corazón acumuló el 22,64% de la mortalidad general, mientras que el cáncer acumuló el 10,04%. Por otro lado, las enfermedades infecciosas y las enfermedades mal definidas sólo acumularon un 9,19% y 15,73% de la mortalidad general respectivamente. Queda claro que las enfermedades degenerativas y manufacturadas por el hombre dominaban ahora, aunque no holgadamente, el perfil epidemiológico de Venezuela (Evans, 1985:113).

4.3. Valle de la Pascua durante el período 1845-1935

Valle de la Pascua está ubicada en la región nororiental del Estado Guárico. La ciudad se halla a 125 metros sobre el nivel del mar en un altozano en los Llanos centrales de Venezuela, en las cabeceras de la quebrada La Pascua, afluente del río Santiago. La estructura geográfica de la zona de Valle de la Pascua ha dado lugar a la existencia de un relieve ondulado y de escasa altitud. En sus alrededores se alternan las ondulaciones con la planicie dominante, sin que existan mayores complicaciones en la configuración del relieve. El clima de la zona es el típico de los llanos venezolanos, con una temperatura promedio anual de 26,3 °C, con una máxima mensual de 32,9 °C y una mínima de 21,8 °C. La pluviometría presenta un régimen estacional, en el cual hay dos períodos contrastantes: uno de sequía que se extiende entre los meses de diciembre y marzo y otro de lluvias que abarca los meses comprendidos entre abril y noviembre con una pluviosidad alta promedio anual de 2.525 mm (la más alta de los llanos). La zona se encuentra enmarcada dentro de la cuenca hidrográfica del río Unare, cuyo río más importante es el Tamanaco, además de las quebradas: Honda, El Arenal y Agua Salada y la cuenca del Orinoco, donde el río más importante es el Manapire. Dentro de la ciudad destacan: La Laguna del Pueblo (llamada así porque antiguamente era la principal fuente de agua para la población), La Laguna del Rosario, el Caño de la Vigía y La Quebrada de la Pascua, la cual atraviesa a la ciudad casi por completo. La reserva de agua más grande de la Zona es la Represa de Tamanaco, la cual surte del vital líquido a toda la población. La humedad relativa media anual es de 74%, con una máxima mensual de 82% durante el período lluvioso, y una mínima de 65% en el mes de abril. El clima tropical de sabana que caracteriza a Valle de la Pascua es típico de las áreas localizadas entre el ecuador y los 20°C de latitud. Las condiciones climáticas de Valle de la Pascua han hecho posible que sus moradores, desde tiempos coloniales, se hayan dedicado a la práctica de una ganadería extensiva y al cultivo de renglones adaptados al carácter general del clima dominante como son: el maíz, el frijol y el algodón (Hernández, 2005:45-47).

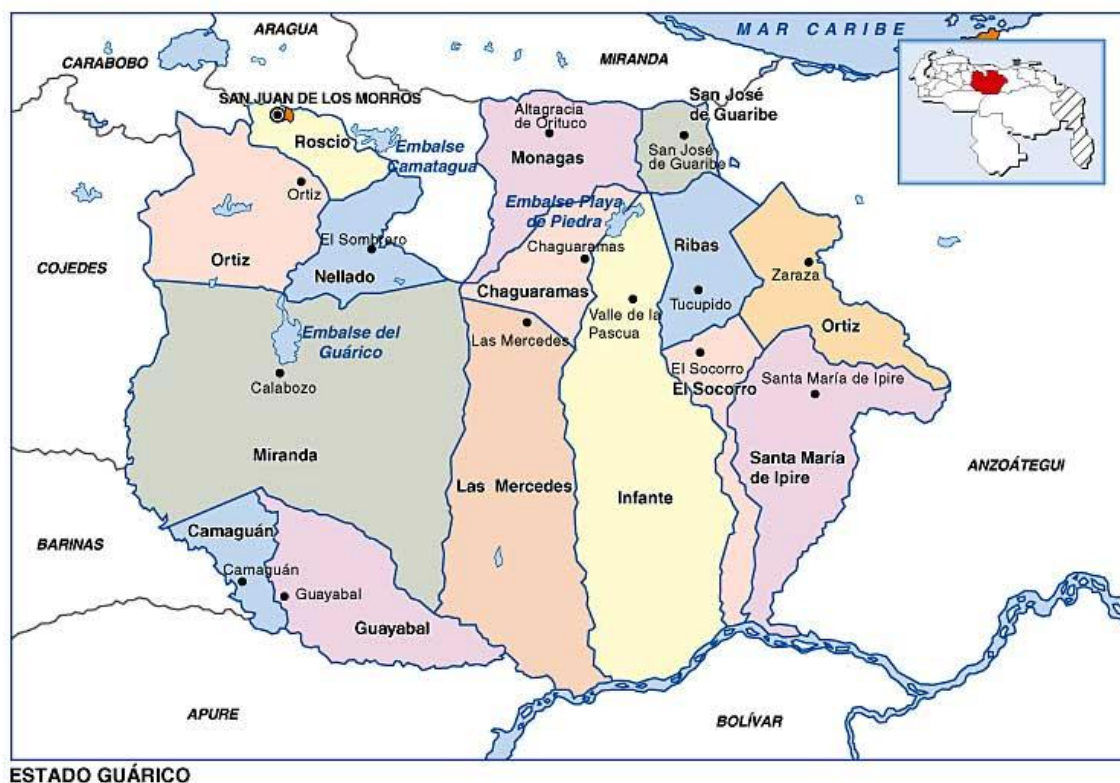


Figura 33. Mapa político del Estado Guárico. Como se aprecia en el mismo, Valle de la Pascua, capital del Municipio Infante, está ubicada en la parte nororiental del Estado.

En la obra *Apuntes Estadísticos del Estado Guárico* publicada en 1877 encontramos la siguiente descripción sobre lo que es hoy el Municipio Infante, «Este territorio se compone de inmensa sabanas, bancos, mesas y algunas bajas colinas cubiertas de paja, palmares y chaparrales, y de la desierta montaña de Tamanaco. En este Departamento se notan dos declives opuestos, a saber: los cerritos de Tucupiano dividen las aguas que van al Norte y Al Sur; después siguen dos arcos de bancos de 45 metros de altura sobre el nivel del llano, uno que remata en la montaña de Tamanaco y otro en el cerrito de Buenavista en donde toman su origen los ríos Suata e Ipire. La selva de Tamanaco y las vegas u orillas de los ríos y caños y los morichales o anegadizos que conservan siempre humedad en el verano, son terrenos feracísimos en esta época, produciéndose en ellos el café, la caña, algodón, tabaco y toda clase de frutos menores; las sabanas están destinadas para la cría de ganado y bestias. El río principal de este Departamento es el Manapire, que atraviesa el territorio de Norte al Sur y lleva sus aguas al Orinoco, recibiendo antes la de los ríos la Pascua, Espino, Santa Clara, San Isidro y Santiago. El Tamanaco y Quebrada Honda, que nacen al Norte del Departamento, y llevan todo el raudal sus aguas al de Unare y provén escasamente al Distrito La Pascua. Los ríos Aracay e Iguana desaguan en el Orinoco, proporcionando la parte de este río que corre por el territorio 29 leguas de navegación

hasta Cabruta. Además de los ríos mencionados se encuentran otro otros de menor consideración, como el Parra, el Guanipa y el Espinito en el Distrito Espino; el Aguaro, Faltriquera, Mocapra, San Pedro en el Distrito Santa Rita; y multitud de quebradas y caños que cruzan el departamento en todas direcciones. También existen algunas lagunas y aguadas artificiales para el abasto de las poblaciones» (Ministerio de Fomento-Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:214).

También en los *Apuntes Estadísticos del Estado Guárico* encontramos la siguiente descripción sobre Valle de la Pascua, lo cual nos da una idea del aspecto de la ciudad en la segunda mitad del siglo XIX: «El Valle de la Pascua está situado en un plano alto algo inclinado al Este sobre un terreno un tanto medanoso. Cuenta con cuatro calles de Norte a Sur y cinco de Este a Oeste, un templo amenazando ruina, una plaza en el centro de la población de 21 metros cuadrados de superficie, un cementerio de 60 varas cuadradas cercado de tapias, y como 260 casas de particulares casi en totalidad cubiertas de tejas, de ellas 9 o 10 de alguna regularidad y sólida construcción» (Ministerio de Fomento-Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:234).

Por otra parte, la historiografía de Valle de La Pascua para el período 1845-1935 es relativamente escasa, fragmentada y muchas veces carece de continuidad. Muchos de los escritos que existen son de tipo anecdótico y los que se basan en fuentes fiables a menudo parecen desconectados el uno del otro, lo que dificulta su integración en términos de una historia cronológica o temática que enfoque temas de índole política, económica, social o cultural. Como consecuencia, los historiadores de Valle de la Pascua tienden a presentar relatos y temas que, aunque cronológicos, muchas veces carecen de profundidad y dejan de paso muchas lagunas historiográficas. Por otro lado, las fuentes son prácticamente inexistentes para el lapso 1845-1873, pero sí se cuenta con un nutrido número de fuentes para los años comprendidos entre 1895 y 1935, sobre todo fuentes periodísticas. También se cuenta con la ya mencionada obra *Apuntes Estadísticos del Estado Guárico* y algunas fuentes documentales emanadas de las entidades gubernamentales locales en la década de 1870. A pesar de estas dificultades fue posible formar un relato coherente de importantes aspectos del pasado vallepascuense y de relevancia para esta tesis doctoral, utilizando como punto de partida las más importantes obras dedicadas completamente o en parte a esta ciudad, en este caso *Historia y valores de Valle de la Pascua* (Suárez, 1980), *La tres etapas de Valle de la Pascua* (Rubín Zamora, 1978), *Historia de Valle de la Pascua: En los llanos de Guárico (1725-2000)* (Hernández, 2005), *El ayer de la princesa* (Pérez Guevara, 1998) y *El Guárico Oriental, Vol. II* (Soto Arbeláez, 2004). También se robusteció este relato

utilizando fuentes documentales y periodísticas que cubren mayormente el período 1877-1935. Entre los temas tratados figuran los de índole demográfica, política, económica y sociocultural. Las fuentes disponibles también nos permitieron explorar importante aspectos de la infraestructura médico-sanitaria existente en Valle de la Pascua durante el período 1845-1935, tema fundamental de esta tesis doctoral.

La Valle de la Pascua del período 1845-1935 presenta un muy modesto crecimiento demográfico, debido en gran parte a las enfermedades endémicas y a los numerosos conflictos bélicos que ocurrieron en la región. Desde un punto de vista político-administrativo, lo visto en Valle de la Pascua fue mayormente una reflexión de las medidas puestas en prácticas por los varios caudillos que rigieron los destinos de Venezuela entre 1845 y 1935. También, a partir de las últimas décadas de siglo XIX, los jefes civiles asignados a Valle de la Pascua y los Presidentes del Estado Guárico desempeñaron un papel de gran importancia en la vida político-administrativa de la ciudad. En lo económico, Valle de la Pascua muestra una economía netamente agropecuaria, donde el sector privado siempre mostró un mejor desempeño que el sector público. En lo social, Valle de la Pascua muestra señales de ser una sociedad progresista, sobre todo en la rama de la educación. Al mismo tiempo se le puede caracterizar como una sociedad conservadora, de gran fervor religioso, arraigada en sus costumbres y azotada a menudo por ciertos males sociales como la delincuencia y la prostitución. Por último, la Valle de la Pascua del período 1845-1935 contó con infraestructura médico-sanitaria muy rudimentaria, caracterizada principalmente por la ausencia de un hospital, la falta de alcantarillado y drenaje y una aguda escasez de agua potable, lo cual presentaba un gran escollo para poder combatir un buen número de enfermedades de naturaleza infecciosa que azotaban a la ciudad, en particular el paludismo, la tuberculosis, las enfermedades gastrointestinales, la anquilostomiasis y el tétanos infantil.

Antes de adentrarnos plenamente en los temas ya mencionados, conviene abordar, aunque brevemente, el tema de los orígenes de Valle de la Pascua. Dichos orígenes son relativamente oscuros y no existe un acuerdo entre los historiadores y cronistas de la ciudad acerca de la fundación de la misma, incluso llegando a pensar que formación de Valle de la Pascua fue espontánea. Según De Armas Chitty, la fundación de Valle de La Pascua data de 1726, cuando el entonces Capitán General Francisco Carlos de Herrera autorizó a José Samora para que poblara el sitio denominado La Aguada de Valle de la Pascua (De Armas Chitty, 1982:54). No queda claro hasta qué punto esta autorización se llevó a cabo. Suárez indica que en la segunda mitad del siglo XVIII, Juan González Padrón, de origen canario, según se dice, donó media legua de su fundo terrícola *El Vigía*, y en ese lugar se fundó, por

lo menos parte, de lo que es hoy Valle de la Pascua (Suárez, 1980:6-7). Finalmente Hernández sostiene que aunque tradicionalmente a Juan González Padrón se le ha considerado como el fundador de Valle de la Pascua, hoy en día muy pocos piensan de esta manera. De hecho, se piensa que Valle de la Pascua no fue fundada, ni tuvo fundador, sino que es una población de formación espontánea (Hernández, 2005:175, 205).

4.3.1. Marco demográfico

Poco se sabe acerca de la situación demográfica de Valle de la Pascua a principios del período que abarca este estudio, aunque sí se cuenta con cifras poblacionales para el lapso 1800-1810, cuando la población de Valle de la Pascua y sus alrededores se estimaba en 1.510 habitantes (Yen, C. y Picouet, M., 1979:20). Cifras poblacionales más fiables emergen a partir del primer año censal en Venezuela, en este caso 1873. En la segunda mitad del siglo XIX, es aparente que Valle de la Pascua acusaba un perceptible crecimiento demográfico. Por ejemplo, a principios de 1877 y aparentemente debido a la gran extensión de la población, el Concejo Municipal del Departamento Bravo decidió crear once comisarías o barrios para, supuestamente, brindar mejores servicios públicos a los habitantes de la ciudad. Las comisarías creadas fueron las siguientes: La Misericordia, San José, San Juan, El Pilar, La Candelaria, Las Mercedes, El Carmen, Santa Rosalía, San Rafael, San Antonio y Las Ánimas (Departamento Bravo, 1877:1-4).

Entre los años 1873 y 1936, Valle de la Pascua experimentó un crecimiento significativo, aunque lleno de altibajos (ver tabla 42). Para 1873, esta población llanera contaba con unos 8.044 habitantes, cifra que asciende a 10.449 para 1881, lo que representó un incremento de casi 30,00%. Durante este período, alrededor de un tercio de esta población se concentraba en la ciudad y en sus suburbios y el resto se dispersaba en 36 vecindarios, que tenían entre 50 y 300 habitantes cada uno (Cunill Grau, 1987:2.075). Entre 1881 y 1891, la población de Valle de la Pascua experimentó un descenso de 14,36%, el cual debe considerarse significativo, mientras que entre 1891 y 1920, el crecimiento poblacional permaneció prácticamente estancado, al registrar menos de 1,00%. Las pérdidas poblacionales entre 1881 y 1920 se debieron mayormente a las enfermedades endémicas, los conflictos bélicos de principios de siglo, y en menor grado las migraciones poblacionales hacia los centros petroleros; este éxodo migratorio se incrementó a partir de 1926 (Hernández, 2005:197). Aunque la población de Valle de la Pascua aumentó en un 23,00% entre 1920 y 1926, entre 1926 y 1936, el crecimiento poblacional apenas registró un 2,43%.

Tabla 40. Población de Valle de la Pascua. Años 1873, 1881, 1891, 1920 y 1926.	
Año	Población
1873	8.044
1881	10.449
1891	8.949
1920	8.986
1926	11.053
1936	11.322
Fuente: Anuario Estadístico de 1938.	

4.3.2. Marco político

La evolución político-administrativa de Valle de la Pascua durante el período 1845-1935 muestra numerosos cambios, y la mayoría de ellos parecen ser una reflexión de los diversos sistemas políticos impuestos por los gobernantes de turno. Antes de 1848, Valle de la Pascua formaba parte del cantón Chaguaramas. Ese año y durante la presidencia de José Tadeo Monagas, el ahora Estado Guárico surge como provincia con cuatro cantones y veintisiete parroquias, siendo Valle de la Pascua una de ellas. En 1853, el cantón Chaguaramas es dividido en dos: Chaguaramas y Unare; Valle de la Pascua queda formando parte del cantón Chaguaramas. En 1864 Venezuela es dividida en veinte estados y un distrito federal (Caracas). El Guárico es uno de estos veinte estados. Los cantones pasan a denominarse departamentos y las parroquias distritos. Valle de la Pascua pasa a ser distrito, adscrito al departamento Chaguaramas. En 1866, Calabozo, Ortiz, El Sombrero y Chaguaramas, pasan a denominarse por disposición de la legislatura constituyente, Giménez, Bermúdez, Arismendi, Cedeño e Infante, respectivamente. En 1872, el estado Guárico es dividido en siete departamentos y treinta y tres distritos. Los departamentos asumieron los mismos nombres que en 1866. El departamento Infante tenía a Chaguaramas como capital y Valle de la Pascua era uno de sus cinco distritos. En 1875, el Estado Guárico contaba con nueve departamentos y cuarenta y un distritos. A Calabozo, Ortiz y Zaraza se les denominó ciudades. A las demás capitales se les denominó villas. Ese mismo año, el departamento Infante fue dividido en dos: una parte con el mismo nombre, e integrada por los departamentos Chaguaramas como capital y las parroquias Cabruta y Santa María de Ipire como parroquias. La otra parte se denominó departamento Bravo y se le asignó a Valle de la Pascua como capital y Espino y Altagracia de Iguana como parroquias. En 1881, el Estado Guárico pasó a formar parte del Gran Estado Guzmán Blanco, que incluyó los estados Bolívar (hoy Miranda), Guzmán Blanco (hoy Caracas) y Nueva Esparta. En 1891, el estado Guzmán Blanco pasó a denominarse estado Miranda, dividido en distritos y cabeceras. Entre los distritos, figuraba el Distrito Infante, con Valle de la Pascua como cabecera y los municipios de Chaguaramas e Iguana. En 1901, el estado Guárico recobró su autonomía y se estructuró en los distritos: Miranda, Bruzual, Roscio e Infante. Aunque el

estado Guárico experimentó cambios territoriales entre 1901 y 1934, esto no afectó al Distrito Infante, el cual permaneció con su misma estructura hasta 1992, con Valle de la Pascua como capital y los municipios Chaguaramas, Las Mercedes del Llano, Santa Rita de Manapire, Cabruta y Espino. A partir de 1992, el estado Guárico se dividió en quince municipios y veintiuna parroquias. El Distrito Infante, ahora denominado Municipio Infante, se desprendió de los municipios Chaguaramas y Las Mercedes del Llano, los cuales pasaron a ser municipios independientes (Hernández, 2005:207-208).

En 1873, como los demás departamentos del Estado, el Departamento Infante-Distrito Valle de la Pascua, estaba regido por un Prefecto nombrado por el Poder Ejecutivo y por un Concejo Municipal constituido en el Distrito cabecera que tenía bajo su dependencia las Juntas comunales de los otros Distritos (Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:238). Valle de la Pascua adquirió jerarquía política en la década de 1880 cuando pasó a ser cabeza administrativa del nuevo Departamento Bravo (Cunill Grau, 1987:2.075). Entre 1882-1935 la situación político-administrativa de Valle de la Pascua era similar a la que se vivía en otros pueblos del interior de Venezuela. Dicha situación se caracterizaba por un alto grado de centralización, donde los jefes civiles, nombrados a sus cargos por los Presidentes del Estado, era flanqueados por el Concejo Municipal con sus ediles distritales (Hernández, 212-213). En realidad, los jefes civiles aparecieron en el panorama político de Valle de la Pascua a partir de 1884, cuando esta población llanera comenzaba a emerger como ciudad. Al parecer en la mayoría de los casos, los cargos legislativos eran concedidos a militares y médicos. Por ejemplo en 1907, fueron nombrados Diputados a la Legislatura del Estado por el Distrito Infante, los Generales Emiliano R. Chacín, Pablo María Moreno y el Dr. Rodríguez Camacho. Los suplentes fueron los doctores Rafael Zamora Arévalo, J. M. Istúriz López y el Licenciado en Farmacia Valeriano López Belisario¹⁰. Por otro lado, el cargo de Jefe Civil era generalmente concedido a militares, una práctica que continuó durante las primeras décadas del siglo XX y fue sobre todo muy común durante el régimen gomecista (1909-1935)¹¹.

En lo que se refiere a partidos políticos, durante la segunda mitad del siglo XIX pugnaban en Valle de la Pascua dos partidos políticos, uno compuesto de conservadores, denominado los *Arrendajos*, y otro compuesto de liberales y denominados los *Turupiales*. Ambos partidos gozaron del apoyo de los ciudadanos vallepascuenses, aunque entrado el siglo XX

¹⁰ Crónica, *La Pampa*, 10 de septiembre de 1907, Año I, N° 24.

¹¹ El Gobierno de Infante, *Labor*, 19 de enero de 1935.

dejaron de ser un factor de importancia al imponerse las dictaduras de Cipriano Castro y Juan Vicente Gómez en Venezuela (Hernández, 2005:209-212).

Debe destacarse que a finales del siglo XIX y a juzgar por los editoriales de periódicos como *Chilindrinas*, existía en Valle de la Pascua un pesimismo generalizado en cuanto a la capacidad de los gobernantes y sus respectivos partidos políticos en llevar a cabo una gestión eficaz en materia de educación, salud pública, seguridad pública y fomento de desarrollo¹², aun cuando la autonomía del Municipio era considerado como uno de los grandes logros del Partido Liberal¹³. Al vociferar este pesimismo y a menudo criticar al Concejo Municipal, los periódicos citaban como defensa el derecho a la libre expresión sin temor a represalias por parte del Presidente del Estado Guárico¹⁴.

Por otra parte, la llegada de Juan Vicente Gómez al poder condujo a la imposición de leyes más severas en toda Venezuela. He aquí un ejemplo de lo dispuesto para Valle de la Pascua a fines de 1909¹⁵: *OFICIAL. Coronel José A. Espinoza. Jefe Civil del Distrito Infante. DECRETO. Artículo 1. Se prohíbe terminantemente. 1. El porte de armas en la ciudad; quedando exentos de esta disposición, las personas de tránsito y los agentes de la Policía. 2. Los disparos de fuego dentro del poblado, a cualquier hora del día o de la noche; 3. Los juegos de Envite y Azar, Rifas y Loterías, de conformidad con el artículo primero del ciudadano Presidente del Estado fecha 2 de septiembre próximo y pasado y 4. La pesca en las lagunas que suministran agua a la ciudad. Artículo 2. Cúmplase lo dispuesto sobre el «cierre» de los establecimientos mercantiles y pulperías en los días domingos y a las horas indicadas. Artículo 3. Hágase también efectivo lo dispuesto sobre el paso de bestias por las aceras enlozadas. Artículo 4. Los contraventores a las presentes resoluciones serán penados con multas hasta de «veinte bolívares» o arresto proporcional. Artículo 6. La Policía y Comisarios de Policía quedan encargados y responsables de que estas disposiciones sean cumplidas estrictamente. Dado en la Jefatura del Distrito Infante a 25 de octubre de 1909. Artículo 6. Publíquese, 100 y 51.*

El Jefe Civil, José A. Espinoza. El Secretario A. Portam Pedrique.

¹² Otro Paréntesis, *Chilindrinas*, 3 de marzo de 1896, N° 10.

¹³ *Ecos de Orituco*, 1ro de febrero de 1897, N° 2.

¹⁴ Paréntesis, *Chilindrinas*, 15 de febrero de 1896, N° 9.

¹⁵ Decreto Oficial, *La Pluma*, 24 Octubre de 1909.

4.3.3. Marco económico

En el plano económico, durante el período 1845-1935, Valle de la Pascua tuvo una economía mayormente agropecuaria y el sector privado exhibió siempre mayor desarrollo que el sector público. En los *Apuntes Estadísticos del Estado Guárico*, se menciona que, «*En el Distrito Valle de la Pascua se cultivan como en los demás del Departamento la caña de azúcar, tabaco y toda clase de frutas menores*» (Ministerio de Fomento-Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:237). También se indica en esta obra que, “*Casi todos los habitantes Departamento Infante están dedicados a esta industria (ganadería) por prestarse a ella la calidad de sus terrenos y pastos. Destruída casi en su totalidad a consecuencia de las guerras civiles, está volviendo a prosperar hoy bajo la benéfica influencia de la paz. El número de ganados extraído del Distrito Chaguaramas de enero a octubre del año pasado fue de 3.681*» (Ministerio de Fomento-Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:237). En los *Apuntes Estadísticos del Estado Guárico* también aparece una descripción del comercio en el Distrito Infante, donde se indica que, «*consiste como en todos los Departamentos del Estado en la venta de ganados y bestias, hamacas, chinchorros y cordelería, que llevan a los Estados Bolívar, Guzmán Blanco, Carabobo y a la capital de la República, y reciben de ellos mercancías de todo género; y de los Departamentos vecinos, principalmente Cedeño, café, cacao, aguardiente, papelón etc.*» (Ministerio de Fomento-Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:238). Por último, en la misma obra también se menciona la forma como el Departamento Infante generaba ingresos, citando que, «*consisten en el derecho de patentes sobre industriales, y el de beneficio de reses y cerdos para el abasto público; se recauda también algo de los buhoneros que recorren el Departamento*» (Ministerio de Fomento-Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:238).

En el siglo XIX se desarrolló una ganadería de vacunos y equinos de importancia, lo cual se complementó con las actividades agrícolas gracias a tierras de ribera y a las precipitaciones medias anuales de 1.175 mm¹⁶. Según Hernández, los renglones más destacados de la economía durante este período incluían a los productos agrícolas destinados al consumo interno, como maíz, frijol, caraotas y en menor escala papelón y casabe. También se destacaban productos de la ganadería vacuna como el queso y la carne.

¹⁶ *Diccionario de Historia de Venezuela*, 1988, s.v. “Valle de la Pascua.”

Por último, también se destacan los cueros curtidos para la exportación aunque en menor cuantía. Debe mencionarse que los productos agrícolas y pecuarios se comerciaban en otras ciudades del centro y oriente de Venezuela como Caracas, Villa de Cura, San Juan de los Morros, Aragua de Barcelona y Barcelona (Hernández, 2005:197-198).

Entrado el siglo XX, la industria pecuaria vallepascuense comenzó a experimentar dificultades por cuanto el único mercado disponible era Caracas. En un artículo publicado en el periódico *La Pampa* en 1907, se describe en detalle los factores que habían afectado negativamente la industria pecuaria vallepascuense. Dichos factores eran los siguientes:¹⁷, «1. Único mercado consumidor es Caracas pero el ganado de Guárico tiene que competir con el ganado más fresco procedente de los potreros adyacentes a la Capital de la República. 2. Los muchos impuestos y peajes que hay que pagar en todos los Estados donde forzosamente tenía que pasar el ganado, específicamente 3 centavos por res en la población de Camatagua (Estado Aragua), en Cúa (Estado Miranda) había que pagar Bs. 10 por 1-20 reses, Bs. 48 por más de 30 reses, Bs. 90 por más de 40 reses, Bs. 2 por extraer cada res del Estado Guárico, Bs. 16 por la conducción de cada res hasta el mercado de Caracas, 3 reales por los derechos de romana y diez bolívars más si el animal pertenece al sexo femenino, Bs. 1 anual por el derecho de pastaje». Todos estos impuestos dificultaban que el llanero guariqueño pudiera derivar utilidad alguna en la industria pecuaria. En 1923, la industria pecuaria de Valle de la Pascua aparentemente recibió un necesitado impulso, cuando el Gobierno Nacional firmó un contrato con una compañía inglesa, mediante el cual dicha compañía se comprometía a reanudar los trabajos de congelación en Puerto Cabello¹⁸. Esto se veía como una salvación para la alicaída industria pecuaria del Distrito Infante porque supuestamente la existencia de frigoríficos facilitaría la exportación de carne de res al exterior.

En los últimos años de la dictadura de Juan Vicente Gómez, la industria pecuaria vallepascuense encontraría serias dificultades una vez más. Esto se debió a que el precio del ganado guariqueño en Villa de Cura sufrió un fuerte descenso, bajando de Bs. 60 a Bs. 14 por cabeza. Esto sucedió como resultado del intento de monopolizar la riqueza ganadera por parte del dictador (Vila, 1965:186).

¹⁷ Industria Pecuaria, *La Pampa*, 10 de febrero de 1907, Año I, N° 16.

¹⁸ Telegrama, *El Anunciador*, 16 de junio de 1923, Año V, N° 225.

Por otra parte, de las fuentes periodísticas y los documentos del Concejo Municipal consultados, se desprende que la situación financiera del sector público en Valle de la Pascua en la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX parece haber sido muy precaria. El presupuesto del Departamento Bravo para 1877, por ejemplo, era de 3.026 venezolanos (la moneda usada en ese entonces) y apenas podía cubrir los gastos básicos. Entre los gastos contemplados para ese año figuraban los del Concejo Municipal (780,80 venezolanos), la Escuela Municipal (372 venezolanos), el alumbrado público (140,40 venezolanos), la construcción de una cárcel (640 venezolanos), los salarios de tres policías (230.40 venezolanos), el cuidado de la laguna de abasto público (80 venezolanos), el cementerio (80 venezolanos) y la construcción y mejoras de caminos (480 venezolanos) (Departamento Bravo, 1877:16-17). Es aparente que se imponían varios impuestos a los ciudadanos vallepascuenses para ayudar a sufragar estos gastos. Entre los impuestos a pagar figuraban impuestos sobre alquileres y sobre las peleas de gallos (Departamento Bravo, 1877:7 y 10).

A fines de 1895, las arcas municipales se encontraban vacías y el Distrito se encontraba al borde de la bancarrota¹⁹. Se hablaba entonces de la obligación legal del Concejo Municipal de formar un presupuesto en consonancia con las rentas, sobre todo en el Distrito Infante, considerado a la sazón como uno de los distritos más pobres del Estado Guárico²⁰. En una carta dirigida al periódico *Chilindrin*as en marzo de 1896, uno de los funcionarios del Concejo Municipal responde a las severas críticas de que fue objeto la entidad por parte del periódico, en particular debido al mal estado en que se encontraba el cementerio de la ciudad. El funcionario admitía que la situación era muy difícil, sobre todo porque no se había recibido un centavo por el impuesto sobre industria pecuaria. Además los ingresos que producían las patentes sobre establecimientos mercantiles y los derechos por beneficio de reses mayores y de cerdos no eran suficientes para cubrir los gastos ordinarios de la administración pública local.

¹⁹ Concejo Municipal, *Chilindrin*as, 10 de noviembre de 1895, N° 4, p. 1.

²⁰ Otra vez el Concejo, *Chilindrin*as, 15 de febrero de 1896, N° 9, p. 1.

Por último, dada la difícil situación financiera en la que se encontraba el Distrito Infante, los sueldos de los empleados no habían podido pagarse desde hacía ya varios meses²¹. En respuesta a la respuesta del funcionario, el periódico alegaba que el gran problema era el hecho de que el Concejo Municipal no había sabido crear rentas y sus continuos desaciertos habían llevado al Distrito Infante a la bancarrota²²

En la primera década del siglo XX y probablemente como manera de aliviar la crisis financiera en el sector público, el Distrito Infante participaba en la venta de licores para generar ingresos. Por ejemplo, en la segunda quincena de marzo de 1907, el Distrito recibió, por concepto de la renta de licores, la cantidad de Bs. 248,75, la cual sobrepasaba la cifra proyectada de Bs. 71,75, y lo que al mismo tiempo representaba un incremento en las rentas del 246,7%²³. No obstante esta halagadora cifra, en septiembre de 1909 el Distrito Infante portaba una significativa deuda de Bs. 3.137.17, representando la deuda a empleados (salarios atrasados y no pagos) el 76,9% del total de esta cifra²⁴. Por otra parte, el Estado General de la Renta en el Municipio Capital para el mes de octubre de 1909 provee detallada información detallada sobre las fuentes de ingresos del Distrito Infante a la sazón. En dicho documento figuran como fuentes principales de ingresos lo siguiente: patente de industriales de la ciudad (Bs.488,22), patente de industriales del campo (Bs. 258,33), rentas por beneficios de reses (Bs. 752,00), rentas por beneficio de cerdos (Bs. 152,00), rentas por beneficio de reses y cerdos en el campo (42,00), derechos de imprenta (Bs. 24,25), derechos de cementerio (Bs. 200,00) y multas y excarcelaciones (Bs. 40,00). Queda claro que el beneficio (o pago por sacrificar reses) constituía la mayor fuente de ingresos para el Distrito. También, los derechos de imprenta parecen haber sido una fuente continua de ingresos. Además, de las fuentes se desprende que en el año 1924, el Concejo Municipal intentó generar más ingresos mediante el arrendamiento de la Imprenta Municipal²⁵.

²¹ Remitido, *Chilindrinas*, 3 de marzo de 1896, N° 10.

²² Contestación Innecesaria, *Chilindrinas*, 24 de marzo de 1896, N° 11.

²³ Relación del movimiento de la renta de licores en el Distrito Infante en Segunda Quincena de marzo de 1907, *La Pampa*, 10 de abril de 1907, Año I, N° 17.

²⁴ Estado general de la renta, *La Pluma*, 20 de octubre de 1909, Año I, N° 10.

²⁵ Aviso Oficial, *Eco Regional*, 30 de diciembre de 1924, Año 7, N° 98.

En cuanto a los principales gastos para octubre de 1909, los mismos se indican a continuación: salario del Jefe Civil (Bs. 200,00), salario al Secretario de la Jefatura (Bs. 100,00), salario del Secretario del Concejo (Bs. 60,00), Cuerpo de Policía (Bs. 384,00), al Escribiente de la Jefatura (Bs. 70,00), alumbrado público (Bs. 140,00) y comisión Administrador de Rentas a 10,0% (Bs. 133, 19). Como se aprecia en esta descripción, el salario del Jefe Civil junto con los salarios del Cuerpo de Policía y el alumbrado público constituían los mayores gastos incurridos por el Distrito²⁶. Al compararse el total de ingresos para el mes de octubre de 1909 con el total recibido en mayo de 1910²⁷, se puede apreciar una notable baja en los ingresos. Específicamente, el total de ingresos para el mes de octubre de 1909 fue de Bs. 1.973,73, mientras que el total de ingresos para mayo de 1910 fue de Bs. 1.511,43, lo que representa un descenso de 23,4% en los ingresos. Dado el tipo de ingresos con los que contaba el Distrito Infante, se puede deducir que el mismo estaba a la merced de los altibajos de los ingresos correspondientes, en este caso, el beneficio de reses y cerdos y los ingresos por patentes comerciales e industriales. Dada la importancia de estos renglones para las arcas municipales, no es sorprendente que el Administrador de Rentas recurriera a medidas especiales, como avisos en los periódicos, increpando a los ciudadanos a pagar sus respectivos impuestos. El siguiente aviso deja en claro este punto, *«hago presente a los señores industriales de esta plaza, el deber en que están de pasar a la Administración de Rentas, dentro de los cuatro primeros días de cada mes a consignar el derecho legal, como lo prescribe el artículo 5 de la Ley de Rentas vigente. También recuerdo a los industriales en el ramo de pesa de ganado y de cerdo, que según la citada Ley, deben sacar la papeleta y depositar el derecho correspondiente, en la Administración, el día antes de beneficiar el animal. Los que no cumplieren con estas disposiciones estarán sujetos a sufrir multas proporcionales, de acuerdo a lo dispuesto en la precitada Ley de Rentas. El Administrador. Luis A. Jaramillo. La Pascua, 15 de octubre de 1909»*²⁸.

²⁶ Aviso Oficial, *La Pluma*, 31 de octubre de 1909.

²⁷ Aviso Oficial, *La Pluma*, 23 de junio de 1910, Año 2, N° 15.

²⁸ Aviso Oficial, *La Pluma*, 20 de octubre de 1909, Año I, N° 10.

En lo que se refiere al sector privado en Valle de la Pascua, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, dicho sector parece haber contribuido al desarrollo de una economía relativamente pujante, con farmacias bien surtidas de artículos tales como drogas, medicinas de patente de las más acreditadas, brochas, pinturas y artículos de escritorio, vinos, ron, velas y azúcar. Al mismo tiempo, también parece haber existido competencia entre los comercios. La tienda EL TESORO, por ejemplo, se autodenominaba «La Casa que vende más barato en Valle de la Pascua», publicando un anuncio donde se presentaban los precios de ciertos artículos, entre ellos, lanas (1 real), muselinas (7 centavos), pañuelos (0,25 reales) y franelas (2,5 reales)²⁹. Entrado el siglo XX, existían en Valle de la Pascua numerosos establecimientos comerciales. Entre estos se contaban *La Chaguaramera* (tabacos y cigarrillos), *La Tentación* (sombreros y calzado), *La Voz del Pueblo* (variedad de alimentos enlatados), *Farmacia Moderna* (medicamentos), *Botica Central* (medicinas y quincallería) y *La Nueva Era* (ropa, perfumes y productos de belleza). La mayoría de estos establecimientos comerciales estaban ubicados en la Calle Real, en el casco central de la ciudad³⁰. Es notable que muchos de estos establecimientos ponían cierto énfasis en la calidad de sus productos y algunos hasta equiparaban altos precios con alta calidad³⁰. También vale la pena mencionar que muchos comercios de Caracas, la capital de la República, ponían anuncios en los periódicos vallepascuenses ofreciendo servicios de talabartería, tipografía, ropa y calzado³². Se detecta en las fuentes existentes, conexiones comerciales con el extranjero. Por ejemplo, los periódicos vallespascuenses muchas veces publicaban avisos donde se brindaba la oportunidad de ganar dinero trabajando en casa. Tal es caso de Antonio Formoso, inventor residenciado en La Coruña, España, quien ofrecía la oportunidad de ganar hasta \$2.000 al año fabricando espejos y jabones en casa³³. Por último, también se publicaban avisos donde se ofrecían servicios de trabajos fotográficos en el exterior, específicamente en países como Austria. Los precios oscilaban entre los 5 y 10 pesos de oro³⁴.

²⁹ La Botica Principal, *Chilindrinas*, 23 de octubre de 1895.

³⁰ *Unión y Progreso*, 15 de noviembre de 1906, N° 5.

³¹ José Dimas López y Ca, *La Pampa*, 13 de enero de 1907, Año I, N° 15.

³² *El Anunciador*, 14 de abril de 1923, Año 5, N° 216.

³³ *El Anunciador*, 21 de febrero de 1925, Año VI, N° 302.

³⁴ Fotografías en tamaño natural, *La Pampa*, 6 de marzo de 1931, Año 3, N° 35.

Otras industrias que más o menos florecían en el sector privado vallepascuense eran el cultivo del algodón y el cultivo del maíz. En el caso del algodón, a menudo anuncios en los periódicos destacaban las ventajas de su cultivo³⁵. Algunos empresarios hasta suministraban las semillas de algodón gratuitamente a los agricultores vallepascuenses con el fin de impulsar la industria algodonera³⁶ y otros ofrecían tanto semillas gratis como los servicios de una desmotadora importada de Estados Unidos³⁷. Con respecto al maíz, se sabe que este cultivo se producía en grandes cantidades y que algunos agricultores importaban una semilla de alta calidad desde Estados Unidos, la cual era comprada al Sr. Henry Field de Shenandoah, Estado de Iowa³⁸.

Por otra parte, en las primeras décadas del siglo XX, también existía en Valle de la Pampa una muy pequeña industria hotelera. Algunos de estos hoteles publicaban anuncios en los periódicos locales, donde se ponía énfasis en sus comodidades, higiene y aseo³⁹. La venta del acetileno para el alumbrado de las casas también parece haber sido un negocio muy rentable. Estos aparatos se instalaban en las casas particulares o en las de comercio. Los mismos tenían de 5 a 25 luces y eran vendidos por la firma Pérez y Caffiero⁴⁰.

³⁵ Industria Algodonera, *La Pluma*, 31 de julio de 1910, Año 2, N° 16.

³⁶ Participo, *El Anunciador*, 23 de junio de 1923, Año 5, N° 226.

³⁷ A Los Agricultores!!! *El Anunciador*, 27 de diciembre de 1924, Año VI, N° 294.

³⁸ A los Agricultores, *La Pampa*, 10 de febrero de 1907, Año I, N° 16.

³⁹ La Pampa, 20 de septiembre de 1907, Año I, N° 24.

⁴⁰ *El Anunciador*, 17 de marzo de 1923, Año 5, N° 212.

Por último, otro tipo de actividad comercial presente en la economía de Valle de la Pascua en las primeras décadas del siglo XX fue el método de consignación y arriendo de potreros para el cuidado del ganado u otras bestias⁴¹. La *The Venezuelan Meat Export Company Limited*, por ejemplo, arrendaba potreros para cuidar el ganado (potrero de Aceitico)⁴². En los avisos de los periódicos, se prometía «cuidado y esmerada atención de los animales que se nos confíen» y a precios módicos⁴³. Esta actividad también se extendió a la empresa pesadora de ganado, a la cual se le podía consignar el ganado para así pesarlo antes de su venta. Al parecer este servicio era muy conveniente para los ganaderos del Distrito Infante. El siguiente aviso describe el mencionado proceso: *«Que habiendo reglamentado el suscrito, dicha empresa con la Municipalidad del Distrito Infante; cobrará por cada arroba neta de carne, cinco céntimos de bolívares, o sea 10 céntimos por cada 46 kilos brutos que pese cada novillo, no pudiendo pasar los derechos de romana de un bolívar, por res, aunque los ganados sean mayores de 460 kilos, siendo de advertir que la tabla oficial acordada por el Ilustre Concejo Municipal es de 50%, y por ello cobrará la empresa los derechos de romana, como también los ganados consignados a los corrales de la empresa para venderlos pesados, y por conveniencia de las partes, convenga en clasificarlos a la vista; queda en la obligación el dueño o encargado del ganado, a pagar 50 céntimos de bolívares por cada una de las reses que ocupare dichos corrales»*⁴⁴.

⁴¹ De interés público, *La Pampa*, 24 de junio de 1917, N° 43.

⁴² The Venezuelan Meat Export Company Limited, *El Anunciador*, 23 de junio de 1923, Año 5, N° 226.

⁴³ En lo Seco, *El Anunciador*, 27 de diciembre de 1924, Año VI, N° 294; *El Anunciador*, 21 de febrero de 1925, Año VI, N° 302.

⁴⁴ Aviso, *El Anunciador*, 21 de febrero de 1925, Año VI, N° 302.

Vale la pena destacar que el gobierno del Distrito Infante de vez en cuando imponía un control de precios para así supuestamente combatir la pobreza. Tal es el caso en el año 1923, cuando el Jefe Civil del Distrito Infante, Coronel Rafael Arturo Carreño, ordenó al comercio del Distrito que rebajara el precio de los artículos de primera necesidad. Se llegó a un acuerdo mutuo con el comercio, a fin de que éste no saliera perjudicado económicamente⁴⁵. Entrada la década de 1930, un vistazo a los precios de los artículos de primera necesidad en el Distrito Infante en el mes de julio de 1932 nos da una idea del pulso de la economía. Entre los artículos relativamente más caros figuran el azúcar (Bs. 2,00 por kilogramo), las pastas (Bs. 2,00 por kilogramo), el café (Bs. 1,60 por kilogramo) y la manteca (Bs. 1,50 por un litro). Entre los artículo más baratos figuran: arroz (Bs. 0,50 un litro), carne de ganado con hueso (Bs. 0,75 por kilogramo), frijoles (Bs. 0,25 por un litro), leche (Bs. 0,30 por un litro) y maíz (Bs. 0,10 por un litro)⁴⁶. Se puede deducir que los artículos más caros probablemente eran traídos desde otras regiones del país o quizás eran importados, mientras que los más baratos probablemente eran producidos localmente.

Con el advenimiento de la industria petrolera en la década de 1920 en áreas adyacentes a Valle de la Pascua, tales como Las Mercedes y Roblecito, esta ciudad llanera cobró importancia como centro de aprovisionamiento. A esto se añadió el desarrollo de actividades artesanales e industriales cuya producción se dirigía principalmente a cubrir las necesidades de la parte norte del estado Guárico y del sector occidental del estado Anzoátegui (Hernández, 2005:227-228). Por supuesto, como ya se ha expuesto, la llegada de la industria petrolera significó la caída de la agricultura y Valle de la Pascua no fue la excepción. Suárez señala que la gente de los campos buscó hacia los centros petroleros en producción y se dedicó a los trabajos del aceite negro y al manejo de las maquinarias y de vehículos motorizados. Por consiguiente, el campo quedó solo y abandonado. La agricultura desapareció ante el avance del petróleo y de las enormes maquinarias importadas del extranjero (Suárez, 1980:76).

⁴⁵ Cuentión palpante, *El Anunciador*, 9 de junio de 1923, Año 5, N° 224.

⁴⁶ Precios, *Labor*, diciembre de 1932, Año X, N° 25.

Por otra parte, en Valle de la Pascua, como en cualquier otra ciudad venezolana, los procesos jurídicos estaban necesariamente ligados a la economía local y el nivel de morosidad parece haber sido significativo, tanto así que en anuncios publicados en los periódicos locales se instaba a los deudores a pagar sus cuentas pendientes, so pena de ser demandados jurídicamente por incumplimiento de pago. Un anuncio en el periódico *Chilindrin* ejemplifica lo dicho: «*Participamos a los deudores de la firma Vargas y Hermanos que, si en todo el mes de noviembre no vienen o mandan a saldar sus cuentas, procederemos a cobrarles judicialmente, sin excepción de persona alguna*»⁴⁷. Entrado el siglo XX, el nivel de morosidad parece haber sido significativo, a juzgar por los anuncios en los periódicos, en los cuales se le exige los deudores, en repetidas ocasiones, que paguen sus cuentas pendientes con establecimientos comerciales⁴⁸. Los anuncios también se extendían a accionistas con cuotas pendientes⁴⁹. Este problema podría haberse agudizado en años posteriores. El año 1910, por ejemplo, pudo haber sido un año de crisis económica si se toma en cuenta el relativo alto número de liquidaciones de comercios que se llevó a cabo⁵⁰. El problema de la morosidad también se detecta a principios de la década de los años 20, cuando el periódico *El Anunciador* exige el pago inmediato de deudas pendientes, so pena de suspender las suscripciones de clientes morosos. La carestía de papel y los compromisos comerciales del periódico se citan como razones de tan agresiva postura⁵¹.

⁴⁷ La botica principal, *Chilindrin*, 23 de octubre de 1895.

⁴⁸ Anuncios comerciales, *La Pampa*, 10 de abril de 1907, Año I, N° 17 y *La Pampa*, 20 de septiembre de 1907, Año I, N° 24.

⁴⁹ *La Pampa*, 10 de diciembre de 1906, Año I, N° 14.

⁵⁰ Aviso, *La Pluma*, 31 de julio de 1910, Año 2, N° 16.

⁵¹ Sépase, *El Anunciador*, 23 de junio de 1923, Año 5, N° 226.

Dentro de la economía vallepascuense, también figuraba el contrabando, sobre todo el contrabando relacionado con el tabaco y el licor. A principios del siglo XX se implantaron en Valle de la Pascua leyes destinadas a combatir este tipo de delito. Por ejemplo para 1908 ya existía una ley para combatir contrabando de licor y tabaco que rezaba, «*El aguardiente o tabaco que se detalle sin la correspondiente boleta que lo autorice, se considerará contrabando. Lo mismo que el Ron, Cocuy, Ginebra, Licores de anís, Coñac, Whisky y sus semejantes*». La ley también otorgaba recompensas a aquellos denunciantes del contrabando de licor⁵².

Los medios de transporte y vías de comunicación, como era de esperarse, jugaron un papel de importancia en la economía vallepascuense durante el período estudiado. De acuerdo a la información recabada, principalmente de las fuentes periodísticas, queda claro que hasta más o menos 1923, cuando el automóvil se pone a la disponibilidad de las masas, el modo de transporte en Valle de la Pascua estaba limitado a animales de carga como asnos, bueyes y caballos, obviamente un modo de transporte más lento y a menudo menos eficaz que el automóvil. A manera de ejemplo, durante la construcción del Teatro Sucre en el año 1907, el Presidente de la Sociedad Anónima a cargo de la construcción solicitaba con urgencia bueyes para transportar madera al sitio de construcción⁵³. Aunque el primer automóvil llegó a Valle de la Pascua en 1913 (Hernández, 2005:206), no sería hasta más o menos 1923, cuando este modo de transporte se puso a la disponibilidad del ciudadano común y corriente. Esto sucede cuando Domingo Schettino, a quien se le denominaba el «chauffer» más práctico del Estado Guárico, comenzó a ofrecer viajes por automóvil⁵⁴. Es de notarse que los viajes por automóvil eran muy penosos, sobre todo en el invierno. Contribuía al problema lo peligroso de los puentes a lo largo del trayecto⁵⁵.

⁵² Remate de la Renta de Licores y Administración de Tabacos, El Candil, 5 de mayo de 1908, Año 1, N° 5.

⁵³ Alianzas Pascuenses, *La Pluma*, 10 de febrero de 1907, Año I, N° 16.

⁵⁴ Avisos Económicos, *La Idea*, 16 de diciembre de 1923, Año 2, N° 16.

⁵⁵ Alegría de andar, *El Cóndor*, 31 de mayo de 1935, N° 17.

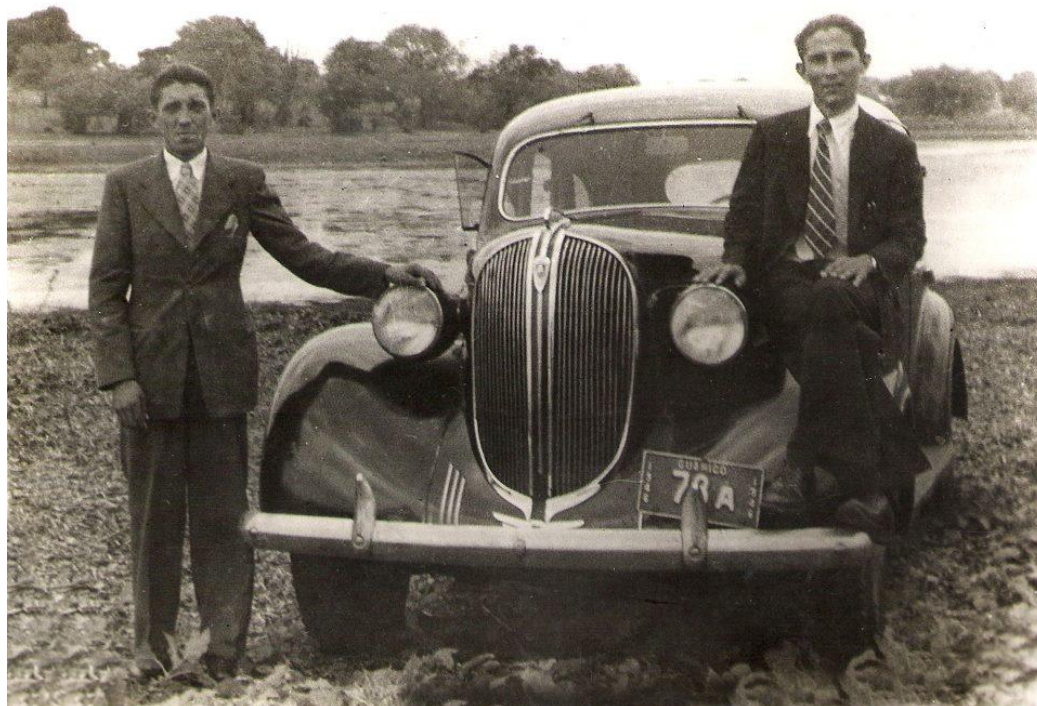


Figura 2. El primer automóvil llegó a Valle de la Pascua en 1907. En esta foto dos ciudadanos posan junto a su automóvil en la Laguna del Pueblo. Foto data de 1946.

Es importante destacar que antes y después de la llegada del automóvil a Valle de la Pascua, las vías de comunicación entre Valle de la Pascua y otras ciudades contiguas o no existían o las que existían generalmente se encontraban en estado deplorable. Ya en 1907, se mencionaba en el periódico *La Pampa* la falta de unas buenas vías de comunicación y cuán importante éstas eran para el desarrollo de la región. El escrito en este periódico declaraba que, «para el perfeccionamiento y adelanto efectivo de nuestras industrias carecemos de un factor de suma importancia; y es la falta absoluta de buenos caminos entre las distintas poblaciones del Distrito. Detalle esencial para el progreso de estas regiones que han visto siempre con marcada negligencia los Gobiernos seccionales que generalmente se ocupan más de hacer política que de administrar. Solamente en el camino que conduce a Chaguaramas hay dos puentes que nos han prestado utilísimos servicios y que debemos a la liberalidad del General Cipriano Castro, pero para comunicarnos con el interior del Distrito nada se ha hecho, y como consecuencia lógica nuestras transacciones comerciales están sujetas en los meses de invierno a la triste tiranía de las quebradas que en dicha época están casi siempre crecidas imposibilitando la translación de nuestros productos a los centros consumidores. Tan solo puede remediar el mal la Junta de Fomento del Distrito que podría hacer un apartado mensual, aunque sea pequeño para el mejoramiento de nuestros caminos»⁵⁶.

La falta de vías de comunicación y/o el deplorable estado en que se encontraban las vías existentes generalmente despertaba el interés en miembros progresistas de la comunidad, quienes muchas veces intentaban buscar una solución al problema y, en algunas oportunidades, se contó con la intervención de la Gobernación del Estado Guárico. Por ejemplo, en 1908 se inició la construcción de un puente sobre el río La Pascua, en el sitio denominado El Caribe, a expensas de los moradores progresistas del Distrito Infante⁵⁷. La obra fue iniciada y llevada a feliz término por la Sociedad Unión y Progreso de Valle de la Pascua, con la cooperación de algunos criadores (ganaderos) e industriales del Distrito Infante. El total recaudado para la construcción de este puente fue de Bs. 490,25 e incluyó contribuciones de por lo menos siete ciudadanos vallepascuense⁵⁸. Por otra parte, en febrero de 1909, la Municipalidad del Distrito Infante se dirigió a los Gobiernos de Guárico y Miranda, a la Municipalidad del Distrito Páez y a la Sociedad «Obreros del Porvenir» de Tucupido, recabando ayuda moral de los mencionados organismos en pro de la idea de unir directamente el Alto Llano con Barlovento por medio de un buen camino⁵⁹. Por último, en el mensaje del Presidente del Estado Guárico de 1916, se cita la construcción de un puente que llevaba el nombre de «19 de diciembre», en el paso de la Vela, río Mapire (sic) y la reparación del camino entre Zaraza y Valle de la Pascua⁶⁰.

4.3.4. Marco sociocultural

Dentro del marco sociocultural de Valle de la Pascua y basado en las fuentes disponibles, se pueden destacar importantes aspectos del mismo. En líneas generales a la Valle de la Pascua del período 1845-1935 se le puede caracterizar como una sociedad progresista como lo evidencia el desarrollo paulatino de la educación en la ciudad. También se le puede caracterizar como una sociedad conservadora, patriótica, de gran fervor religioso, apegada a sus costumbres, diversiones y entretenimientos y afectada por cierto males sociales como la delincuencia y la prostitución.

⁵⁶ Vías de Comunicación el Distrito Infante, *La Pampa*, 10 de abril de 1907, Año I, N° 17.

⁵⁷ Puente en construcción, *El Candil*, 5 de mayo de 1908, Año 1, N° 5.

⁵⁸ 24 de octubre de 1909, *La Pluma*, Año I, N° 11, p.6.

⁵⁹ Camino del Alto Llano a Barlovento, *La Pampa*, 6 de marzo de 1931, Año 3, N° 35.

⁶⁰ El mensaje del Presidente del Estado, *Oriente del Guárico*, 17 de marzo de 1916, Año III, Mes III, N° 28.

La educación en Valle de la Pascua durante el período 1845-1935 se puede describir como muy inadecuada al principio del período y muy mejorada a finales del mismo. En los *Apuntes Estadísticos del Estado Guárico*, se hace notar que, «*En su visita al Departamento en septiembre de 1873, el progresista Gobierno de Estado, interesado tanto en la instrucción popular, creó escuelas en Chaguaramas y Valle de la Pascua, tanto en los pueblos como en los numerosos vecindarios diseminados en la vasta extensión de su territorio*» (Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:236). En 1877, el Concejo Municipal del Departamento Bravo propuso una Escuela Municipal de instrucción primaria, aunque aparentemente muy limitada en su funcionamiento. La escuela tendría su sede en Valle de la Pascua y se crearían un total de 40 plazas, de las cuales 30 plazas serían para el Distrito Infante, 5 para el Distrito Espino y 5 para el Distrito Iguana. A los padres de familia se les responsabilizó por el suministro de utensilios escolares, alimento y vestuario para sus hijos. La educación era gratis (Departamento Bravo, 1877:8). No queda claro si esta escuela llegó a funcionar como tal.

A finales del siglo XIX el estado de la educación en Valle de la Pascua parece haber sido muy pobre e inestable. En el periódico *Chilindrin*, por ejemplo, se habla de la Escuela Federal N° 807, la cual había cerrado sus puertas en los primeros meses de 1895. El periódico se queja y alega que «*se regatea mucho la instrucción a los hijos del pueblo*»⁶¹. Aparentemente en ese entonces, la mejor educación era impartida por colegios privados, como el Colegio Zamora, el cual había sido fundado el 19 de enero de 1890, bajo la dirección del Dr. Manuel Segura Mijares y sostenido por los padres de familia. Cabe destacar que la Junta Directiva del colegio había solicitado del Gobierno Nacional que se elevara dicho colegio a categoría de instituto federal, comprometiéndose los solicitantes a sufragar los gastos mientras el Gobierno Nacional no pudiera colaborar. La solicitud no fue aprobada por cuanto el Gobierno Nacional se encontraba en el proceso de elaborar un nuevo código de Instrucción Pública, suspendiéndose la consideración de este asunto hasta la definitiva sanción de dicho código⁶². Entrado el siglo XX, la educación primaria impartida por el estado siguió siendo irregular y la suspensión de clases a veces ocurría sin previo aviso como fue el caso en enero de 1907⁶³.

⁶¹ *Chilindrin*, 23 de octubre de 1895, N° 3, p.3.

⁶² *Chilindrin*, 18 de abril de 1896, N° 12.

⁶³ *Oscuridad, Unión y Progreso*, 30 de enero de 1907, N° 1.

Al parecer, los colegios privados seguían siendo la mejor alternativa para recibir una adecuada educación. Hernández menciona el establecimiento de tres colegios en las primeras décadas del siglo XX, a saber: el Colegio Roscio, la Escuela Leonardo Infante para varones y la Escuela Francisco Lazo Martí para niñas (Hernández, 2005:230-231). Otros colegios fueron fundados eventualmente. Se destacó por su excelente calidad el Colegio «Eduardo Blanco», fundado por el Bachiller Rafael González Udis en la década de 1910⁶⁴. Debe mencionarse que muchos de los periódicos vallepascuenses alentaban los esfuerzos educativos tanto públicos como privados, por ejemplo, invitando a las escuelas a remitir un cuadro de honor semanal, a través del cual se reconocían los alumnos más destacados⁶⁵.

Por otra parte, la educación durante este tiempo estaba dirigida a los varones, aunque ya en 1895 se lamentaba que las mujeres no acogían la lectura. En un escrito publicado en el periódico *Chilindrinas*, se instaba a la mujeres a leer buenos libros e instruirse porque según el autor «una educación doméstica bien dirigida, ello constituye un poderoso elemento para hacerse atractiva en el comercio de la vida, y para que en el hogar llene a cabalidad los deberes que le imponga su estado social»⁶⁶. En algunos periódicos a finales del siglo XIX se instaba a los padres de familia a educar a sus hijas de la mejor manera posible⁶⁷. Aparentemente no sería hasta 1912 cuando se instala el Colegio de Niñas «La Asunción», bajo la dirección del Bachiller R. Arreaza Agostini y su esposa⁶⁸. Más tarde en 1917, también se instaló en Valle de la Pascua un plantel de educación para niñas denominado de «Fermín Toro», bajo la dirección de la señora Olegaria de Sánchez Chacín⁶⁹.

⁶⁴ *La Luz del Santuario*, 24 de abril de 1916, Año III, N° 30.

⁶⁵ De instrucción, *La Idea*, 23 de diciembre de 1923, Año II, N° 17.

⁶⁶ Plumadas, *Chilindrinas*, 23 de octubre de 1895, N° 3.

⁶⁷ Colegio de niñas, *Ecos de Orituco*, viernes 12 de marzo de 1897, N° 6.

⁶⁸ *El Pensamiento*, 20 de septiembre de 1912, Año I, N° 3.

⁶⁹ De sociedad, *La Pampa*, 24 de junio de 1917, Año XIV, N° 43.

En la década de los años 20, la educación en Valle de la Pascua parece haber tomado un giro dramático y positivo. Específicamente, en el año 1924 la sociedad «*Amante del Progreso*» fundó dos escuelas, una nocturna para varones y una diurna para niñas. Por otro lado, la sociedad «*Socorro Mutuo*», fundó una escuela de varones también nocturna. Ciento siete alumnos asistían a la escuela nocturna de la «*Socorro Mutuo*» y cuarenta y seis a la también nocturna de la «*Amante del Progreso*». Al mismo tiempo, treinta niñas asistían a la diurna de la «*Amante del Progreso*». Aparte de estas escuelas, también existían a la sazón dos escuelas Federales y cinco escuelas particulares diurnas de uno y otro sexo⁷⁰. Para 1934, la Escuela Nocturna de Varones de la *Sociedad «Socorro Mutuo* aparentemente contaba con el apoyo del Ejecutivo del Estado Guárico y todo parece indicar que era muy bien administrada⁷¹.

Por último, debe destacarse que por cuanto en Valle de la Pascua no existían colegios o universidades para llevar a cabos estudios universitarios, muy a menudo aparecían en los periódicos de la ciudad anuncios relacionados con el estudio de carreras profesionales como Comercio en otras regiones del país⁷². También aparecían anuncios donde se ofrecían cursos en actividades prácticas como los tejidos y bordados, y de diversión como los bailes de *Fox-Trot*, *Thus-text*, *Juanes-tex*, *Paso-dobles*, *Mazurca*, *Sotiz*, *Galopa*, *Danzas*, *Cuadrillas*, *Lanceros* y *Valses*⁷³.

Por otro lado, la delincuencia en la última década del siglo XIX, en varias formas, parece haber sido una latente amenaza en la vida de los vallepascuenses. Un problema de gran repercusión en Valle de la Pascua fueron los juegos callejeros y los juegos de envite y azar, sobre todo a principios del siglo XX. En un llamado a la autoridades, el periódico *Unión y Progreso* pidió a las mismas que prestasen atención a los granujas que habían establecido un «Monte-Carlo» en la esquina de la Concordia, por medio de un juego denominado «Chapas», el cual a menudo generaba enormes disputas muy poco placenteras⁷⁴.

⁷⁰ Escuelas, *Lámparas*, 30 de octubre de 1924, Año I, N° 11.

⁷¹ Escuela «Socorro Mutuo», *Labor*, 17 de junio de 1934, Año X, N° 31.

⁷² Colegio Mercantil, *La Pampa*, 24 de junio de 1917, Año XIV, N° 43.

⁷³ Al Público, *El Anunciador*, 21 de abril de 1923, Año V, N° 217.

⁷⁴ Llamamos, *Unión y Progreso*, 30 de enero de 1907, N° 1.

El problema de los juego de envite y azar, por otra parte, parece haber sido de tal magnitud que el Presidente del Estado, el General Manuel Sarmiento, promulgó una ley en abril de 1916, por medio de la cual se prohibía terminantemente todos los juegos de envite y azar en el Estado Guárico. En telegrama dirigido al Coronel Miguel Martínez, a la sazón Jefe Civil del Distrito Infante, Sarmiento en parte declaró que « *bien comprenderá Usted que el juego constituye una de las causas principales de la desmoralización de los pueblos. Cada casa de juego es un criadero de vagos, hombres inútiles para el trabajo y por lo tanto nocivos a la Sociedad en que se desenvuelven. Deber es para todo Gobierno, por consiguiente, acabar con esos focos de infección moral que extinguen en el fondo de la organización humana los sentimientos de honradez y destruyen las energías de los espíritus que bien pudieran estar al servicio del trabajo que enaltece y dignifica al hombre; y como precisamente, uno de los propósitos firmes y patrióticos del Jefe de la Causa Rehabilitadora General Juan Vicente Gómez, consiste en sanear los Estados, persiguiendo sin descanso a los que en la vagancia, el crimen, el robo, fincan sus culpables medios de vida...* » El coronel Miguel Martínez en el telegrama de respuesta prometió acatar la orden y dar cumplimiento inmediato de la misma en el Distrito Infante⁷⁵. También, periódicos como *La Luz del Santuario*, de sesgo decididamente católico, lucharon arduamente en combatir la proliferación de los juegos del azar y envite, los cuales aparentemente se celebraban abiertamente en pleno centro de la ciudad⁷⁶.

Asimismo, los asaltos a personas comunes y corrientes figuran en los relatos sobre la delincuencia en Valle de la Pascua. En el periódico *Chilindrin*as se mencionan los asaltos a los transeúntes en las calles centrales de la ciudad después de las seis de la tarde y se urge a las autoridades a tomar cartas en el asunto⁷⁷. Por igual, el mismo periódico hizo un llamado al Jefe Civil para que combatiera la prostitución, sugiriendo que la misma se confinara a sitios ocultos y apropiados⁷⁸.

⁷⁵ Telegrama, *Luz del Santuario*, 24 de abril de 1916, Año III, N° 30.

⁷⁶ Soberbio triunfo moral, *La Luz del Santuario*, 24 de abril de 1916, Año III, N° 30.

⁷⁷ Perros, *Chilindrin*as, 31 de enero de 1896, Año 8.

⁷⁸ Prostitución, *Chilindrin*as, 23 de octubre de 1895, N° 3, p. 1.

Las autoridades aparentemente oyeron el llamado del periódico por cuanto en la primera década del siglo XIX, se les elogiaba por las medidas correctivas que aparentemente se tomaron. En el periódico *La Pluma*, al referirse a las prostitutas, se declara que, «*los gobiernos deberían establecer casas de corrección para recoger a estas desgraciadas, vencidas por la miseria o por el engaño de los hombres, quienes repudiadas luego del hogar se revuelcan en el fango de los vicios. Nosotros aplaudimos sinceramente a las autoridades de La Pascua, por las medidas energéticas que se han tomado para liberar a la sociedad de esa plaga funesta; pero, las desgraciadas, ¿a dónde irán que no lleven el veneno corrosivo de la úlcera moral?*»⁷⁹. Por último, otro problema, aunque tal vez de menor escala, era el de los infractores que no acataban las normas de aseo y limpieza. En una declaración del periódico *Unión y Progreso*, se destaca el aseado aspecto que presentaban las calles de Valle de la Pascua, con sus casas recién escaladas y pintadas. Al mismo tiempo, sin embargo, el periódico urgía a las autoridades a imponer castigo a aquellas personas desocupadas que se entretenían rayando las paredes. En el mismo escrito se añade que, «*las paredes son el papel de la gente vulgar*»⁸⁰.

La sociedad vallepascuense del período 1845-1935 exhibe muestras de conservadurismo y apego a la moralidad. En la década de 1920, por ejemplo, algunos periódicos publicaban poemas donde se exhortaba a la juventud a casarse⁸¹. También, se instaba a los hombres a tener vergüenza, denominando a la vergüenza como compañera inseparable de los hombres buenos y puros⁸². Al mismo tiempo se valoraba el oficio de obrero, catalogando al obrero como la única especie de hombre que merecía vivir; también, se urgía echar a un lado la aristocracia⁸³.

⁷⁹ Aves Pálidas, *La Pluma*, 10 de septiembre de 1910, Año 2, N° 18

⁸⁰ Crónicas, *Unión y Progreso*, 30 de enero de 1907, N° 1.

⁸¹ Cásate, *El Anunciador*, 21 de abril de 1923, Año V, N° 217.

⁸² La Vergüenza, *El Anunciador*, 21 de abril de 1923, Año V, N° 217.

⁸³ El Obrero, *El Anunciador*, 21 de abril de 1923, Año V, N° 217.

Debe notarse que en el Estado Guárico se gestaba otra corriente de carácter moral, como lo es en este caso la temperancia. Por ejemplo, en Altagracia de Orituco, ciudad cercana a Valle de la Pascua, se creó en 1921 la Sociedad de la Temperancia, la cual pactó, entre otras cosas, lo siguiente: «1. *Que su miembros se abstuvieran de bebidas alcohólicas, salvo por prescripción médica* 2. *Procurar al instituir conferencias y publicaciones destinadas a demostrar los peligros del alcohol.* 3. *Favorecer el uso de bebidas higiénicas, en reemplazo de los licores fuertes*»⁸⁴.

Otra apreciable característica de la sociedad vallepascuense del período 1835-1935 es su fervor religioso, específicamente un gran apego al catolicismo de la Iglesia Apostólica Romana. Muestra de ello incluye, por ejemplo, la recolección de fondos para la reconstrucción de una casa cural en 1908, causa a la que contribuyeron por lo menos 16 personas⁸⁵. También figura la recolección de fondos en 1910 para la erección de una cruz en la parte este de la ciudad. Se contó en esa oportunidad con un total de 37 contribuyentes (al parecer personas pudientes), los cuales donaron entre 7 y 30 bolívares para la ejecución de esta obra⁸⁶. Actividades y celebraciones, muchas veces patrocinadas por la Iglesia Católica también formaban parte del ámbito sociocultural de Valle de la Pascua. Se destacan entre estas actividades y celebraciones el día de la Inmaculada Concepción⁸⁷, la Semana Santa, semana durante la cual era costumbre contar con la participación de las autoridades eclesiásticas de la ciudad quienes celebraban una misa. Esta celebración siempre incluía fuegos artificiales y bailes⁸⁸. La Semana Santa era considerada como el despliegue máximo de la fe católica en Valle de la Pascua⁸⁹.

⁸⁴ *Oriente de Guárico*, Año VI, Mes XII, N° 83) y *Oriente del Guárico*, 21 de septiembre de 1921, Año VII, Mes I, N° 84.

⁸⁵ Casa cural, *La Pampa*, 25 de abril de 1908, Año II, N° 30.

⁸⁶ Erección de la cruz, *La Pluma*, 23 de junio de 1910, Año 2, N° 15.

⁸⁷ Crónica, *La Pampa*, 10 de diciembre de 1906, Año I, N° 14.

⁸⁸ Semana Santa, *La Pampa*, 10 de abril de 1907, Año 1, N° 17.

⁸⁹ Semana Santa, *El Anunciador*, 31 de marzo de 1923, Año V, N° 214.

Por último, también debe destacarse el festival en honor a Nuestra Señora de la Candelaria. Esta última celebración contaba con el apoyo de las autoridades civiles, a través de una Junta Directiva formada para organizar los programas a llevar a cabo. Aunque el festival generalmente se fijaba para un solo día, la celebración transcurría durante los cuatros primeros días del mes de febrero⁹⁰. Debe destacarse también que los temas religiosos muy a menudo aparecían en los periódicos de la ciudad. Se podría asegurar que la aparición de dichos temas en los periódicos estaba tal vez diseñada a mantener la fe de los lectores creyentes y reflejar de paso las creencias del editor del periódico⁹¹.

El fervor religioso de los vallepascuenses parece estar estrechamente ligado a una mentalidad si se quiere racista y apegada al culto de los héroes. El siguiente escrito encontrado en el periódico *La Pluma* en 1910 parece dar prueba de ello, «*España enriqueció nuestra raza indiana con las preseas de su sangre nobilísima, de su lengua cadenciosa, de su valor heroico y de su espíritu festivo y caballeresco. Pero ninguno de esos bienes pudo igualar a la Fe católica que trajo a nuestras costas, cuando tocó con sus gloriosas carabelas en las ricas tierras del Continente descubierta por las luces de la providencia proyectadas sobre el perseverante Colón. Esa Fe, todavía amada y defendida por todos dispersos miembros de la noble familia hispana, fue el último y eficacísimo numen que consoló las postrimerías de Bolívar, nuestro Padre y Libertador, justamente llamado el más grande de los americanos hijos de España!*»⁹². En otra clásica demostración del culto a los héroes, en 1924 se llevó a cabo en Valle de la Pascua una celebración aparentemente muy bien organizada del centenario de la *Batalla de Ayacucho*, ocurrida en Perú en 1824. En ella participaron los alumnos de escuelas, sociedades benefactoras, miembros de la alta sociedad vallepascuense y autoridades civiles y eclesiásticas⁹³.

⁹⁰ Dos de febrero, *La Pampa*, 25 de enero de 1908, Año II, N° 18.

⁹¹ Jesús y el Lobo, *El Anunciador*, 21 de abril de 1923, Año V, N° 217.

⁹² Recuerdo, O. B. Garcés, *La Pluma*, 31 de julio de 1910, Año 2, N° 16.

⁹³ El Centenario de Ayacucho, *Eco Regional*, 23 de diciembre de 1924, Año XVII, N° 98.

Aunque la imprenta parece haber llegado tardíamente a Valle de la Pascua, ya en 1881 se publicaba el primer periódico en la ciudad, *El Porvenir*, periódico mimeografiado editado por M.C. Díaz, J.M. Rodríguez y F. Fernández. Entre 1881 y 1935 se publicaron en Valle de la Pascua un nutrido número de periódicos y de variado sesgo ideológico. Entre los más notables figuran *Chilindrinas* (1895), *El Candil* (1907), *Unión y Progreso* (1908), *La Pluma* (1908), *El Pensamiento* (1912), *La Luz del Santuario* (1913), *El Anunciador* (1918), *La Idea* (1921), *Labor* (1924), *Lámpara* (1924), *Ideas* (1933), *El Cóndor* (1933) y *Santos Luzardo* (1933) (Hernández, 2005:219-221). Como es de notarse, muchos de estos periódicos fueron publicados durante la dictadura de Juan Vicente Gómez (1908-1935), por lo que la supervivencia del periodismo en Valle de la Pascua probablemente se debió gracias a una combinación de miedo, respeto y adulación. Los gestos de adulación, sobre todo, se aprecian en periódicos como *El Anunciador*, en el cual los editores, siempre cuidadosos en no dirigir ningún criticismo al dictador Juan Vicente Gómez, alababan los supuestos adelantos y hazañas al mencionar a éste, ya sea mediante la publicación de cartas dirigidas al editor o por palabras propias del mismo. El siguiente párrafo es un ejemplo de tan ridícula postura, «Hoy pues, en este día de justas satisfacciones para ti, unido estoy contigo para reconocer que en el campo propicio en que has actuado, lo es el de la fuerza propulsora de la paz nacional, el ambiente regenerador del trabajo, del apacible bienestar de los pueblos, y el de los adelantos y progresos poseídos ahora por nuestra patria muy amada, desde que rota ya la cadena de las revoluciones políticas, por la férrea mano del Caudillo de la Ley; General Juan Vicente Gómez, no vamos remolcados por falso pilotos en cuyos rumbos estaban tan sólo, la ruina y degradación de los venezolanos, tan dignos de la mejor suerte que hemos alcanzado, bajo su experta dirección»⁹⁴. Por igual, al morir el hermano del dictador, el General Juan C. Gómez, en julio de 1923, las alabanzas no se hicieron esperar declarándose que, «la muerte del General Juan C. Gómez ha sido para Valle de la Pascua, motivo de sentimiento general como se conocía muy de cerca su inquebrantable voluntad por llevar el bien del progreso a su amada patria dondequiera que fuere necesario, estimulado por el hecho de satisfacer a cada paso el recto cumplimiento de su deber»⁹⁵.

⁹⁴ Carta, *El Anunciador*, 17 de marzo de 1923, Año V, Nº 212). Carta dirigida por J.M. Piñero Pirela, desde Tucupita, al Editor del periódico El Anunciador, Francisco Romero Barroso, el 1 de marzo de 1923.

⁹⁵ Duelo de la Patria, *El Anunciador*, Duelo de la Patria, 2 de julio de 1923.

A finales del siglo XIX, resalta la muestra de patriotismo por parte de los ciudadanos vallepaucenses debido a la disputa territorial sobre la Guayana Inglesa que Venezuela sostenía con Inglaterra y que eventualmente le fue adversa. Específicamente, en Valle de la Pascua se fundó la *Sociedad Patriótica*, grupo creado «con el fin de propender a la defensa del honor e integridad de la Patria»⁹⁶. Como parte de esta estrategia se exhortaba a los ciudadanos a no comprar productos ingleses⁹⁷.

En el aspecto cultural, además de las actividades y celebraciones religiosas ya mencionadas, también sobresalen ciertos eventos no religiosos en los cuales participaban los ciudadanos vallepaucenses y eran fuente de diversión y entretenimiento. Por ejemplo, en la segunda del siglo XIX se pueden mencionar los bailes, juegos de gallos y corridas de toros y caballos, como en todos los pueblos criadores (Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:235). Entrado el siglo XX, deben agregarse actividades y eventos culturales como las presentaciones de compañías teatrales como la Compañía Pozo⁹⁸, las películas de cine (arte mudo) como «La Hija de la Aventurera»⁹⁹, los concursos de belleza¹⁰⁰, los juegos de béisbol¹⁰¹, el Día del Árbol¹⁰² y la celebración del Carnaval¹⁰³.

⁹⁶ *Chilindrin*, 10 de noviembre de 1895

⁹⁷ *Al pueblo patriota, Chilindrin*, 1 de enero de 1896, N° 7.

⁹⁸ Compañía Pozo, *Chilindrin*, 42 (24) de marzo de 1896, N° 11.

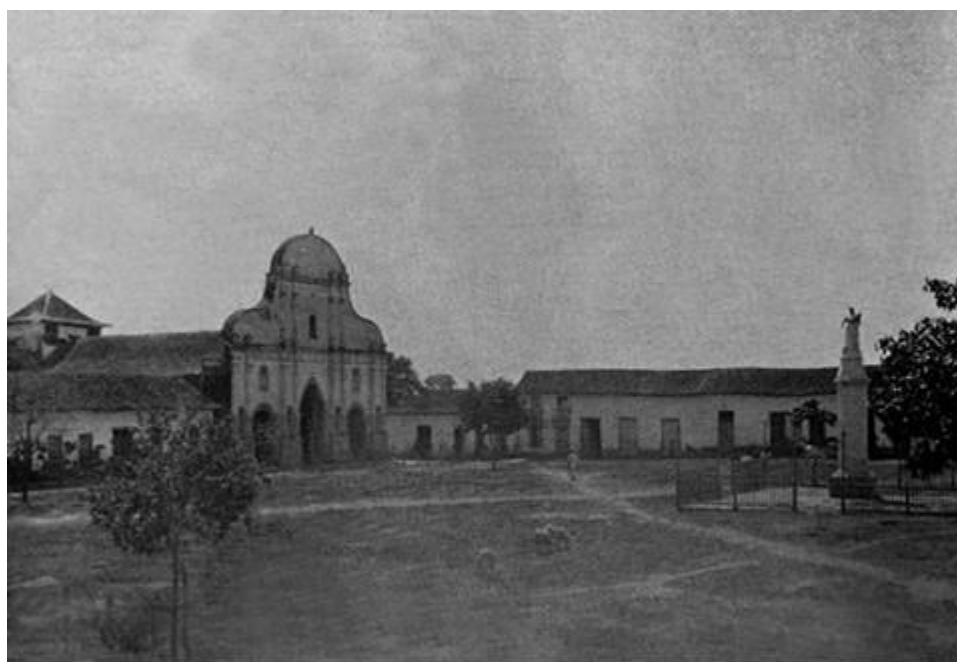
⁹⁹ De Domingo a Domingo, *La Idea*, 16 de diciembre de 1923, Año II, N° 16.

¹⁰⁰ Certámenes de La Idea, *La Idea*, 23 de diciembre de 1923, Año II, N° 17.

¹⁰¹ Primer Encuentro, *Eco Regional*, 14 de julio de 1923, Año XVI, N° 97.

¹⁰² El Día del Árbol, *Labor*, 17 de junio de 1934, Año X, N° 31.

¹⁰³ El Carnaval, *Chilindrin*, 31 de enero de 1896, N° 8.



Tomo: 1902 / Número de ejemplar: 251 / Fecha: 1 de junio / Página: 361

Título: Templo y plaza de Valle de la Pascua / (F. Avril)

Figura 34. La Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. 1902.

Por último, dentro del marco sociocultural vale la pena destacar algunas de las organizaciones progresistas formadas en Valle de la Pascua durante el período estudiado, las cuales generalmente tenían como meta principal la implantación y propagación de ideales para el bien común de la sociedad vallepasquense. Entre estas organizaciones se encuentran la *Sociedad Unión y Progreso*, formada en 1907, la cual se abstenía de toda participación en asuntos políticos, mientras abogaba por los intereses inalienables de la comunidad¹⁰⁴. Cabe destacar que esta organización recibió elogios por parte del General Juan Vicente Gómez, por cuanto el mismo decía estar interesado «*en todo aquello que resulte vida, luz y prosperidad para las industrias del país*». Fue tanto el interés del dictador que hasta donó una remesa de libros a la *Sociedad Unión y Progreso*¹⁰⁵. Debe también mencionarse el *Centro Bolívar*, organización fundada en 1924, la cual inauguró una biblioteca y llevó a cabo eventos destinados a fomentar la cultura en la ciudad¹⁰⁶. Se destaca también grandemente la ya mencionada *Sociedad Socorro Mutuo*, organización fundada en

¹⁰⁴ Estatutos, *Unión y Progreso*, 30 de enero de 1907, N° 1.

¹⁰⁵ Una Carta Notable, *La Pluma*, 20 de octubre de 1909, Año I, Mes VII, N° 10.

¹⁰⁶ Junta Directiva «Centro Bolívar», *La Idea*, 20 de enero de 1924, Año II, N° 21.

1923. Esta sociedad, como ya se expresó con anterioridad, administró una escuela de Instrucción Primaria por muchos años, la cual aparentemente dio muy buenos resultados. También, esta sociedad se consideraba amiga de la clase obrera, colaborando en todo lo posible, e inculcando siempre la valía del trabajo y deseos de ahorrar¹⁰⁷. Por último, vale la pena mencionar la *Sociedad San Antonio*. Aunque no queda claro cuándo fue fundada esta organización, sí se sabe que la misma se encargaba de atender a los pobres de Valle de la Pascua en la primera década del siglo XX. Es notable que esta organización recibió en junio de 1910 una donación de Bs. 100 para el pan de los pobres de Valle La Pascua de parte del Presidente del Estado, el General David Gimón. La Sociedad reportó en ese entonces que había repartido la suma de 212 bolívares entre los menesterosos de Valle de la Pascua¹⁰⁸.

4.3.5. Infraestructura médico-sanitaria

Poco se sabe acerca de la infraestructura médico-sanitaria de Valle de la Pascua o de su perfil epidemiológico antes de 1900, salvo algunas escuetas referencias en los periódicos locales publicados a finales del siglo XIX, y como se verá más adelante un relato sobre el abastecimiento de agua en Valle de la Pascua en la obra *El Guárico Oriental (Tomo II)* de Manuel Soto Arbeláez (Soto Arbeláez, 2004:102-104), un relato sobre los primeros médicos en Valle de la Pascua del mismo Soto Arbeláez (Soto Arbeláez, 2012:1-4) y alguna que otra información contenida en *los Apuntes Estadísticos del Estado Guárico*. Sí se cuenta con reseñas un poco más detallada sobre la situación médico-sanitaria en las primeras décadas del siglo XX. Felipe Hernández, historiador local y regional, cita una descripción de Raúl S. Esteves titulada *De Rama en Rama. Los 80 Años de Don Tobías* y escrita para el periódico El Nacionalista, edición del 19 de abril de 1991, que resalta, entre otras cosas, ciertos aspectos de las condiciones sanitarias en Valle de la Pascua entre 1900 y 1920. Esteves cuenta que, “Valle de la Pascua era un villorio enclavado en la sabana guariqueña con casas de bahareque y adobes orillados por calles de tierra, menos las del cuadrilátero central, que tenía pavimentos de piedras...era una población sin alumbrado eléctrico, sin acueducto: “el agua la caleteábamos de la laguna del pueblo”...tampoco había en aquella época una escuela como hay ahora...frente a la prefectura había una casa a la cual llevaban las vacas para ordeñarlas...nos alumbrábamos con lámparas de kerosene o de carburo....(Hernández, 2005:197).

¹⁰⁷ Donativos a la Biblioteca de la Sociedad «Socorro Mutuo», *Labor*, Diciembre de 1932, Año X, N° 25.

¹⁰⁸ Dios es Caridad, *La Pluma*, 23 de junio de 1910, Año 2, N° 15.

Semejante descripción subraya lo deficiente de la infraestructura sanitaria de ciudad y el hecho de que esta población llanera todavía no había perdido su apariencia de villa. Nesbitt, un geólogo estadounidense quien visitó la ciudad en 1927, describe a Valle de la Pascua como una villa situada en una especie de valle, verde, con abundante hierba y con dos grandes lagunas. Dicha villa, según él, era bastante grande, con tres calles a lo largo de las cuales había hileras de casas. Algunos de los edificios eran de construcción sólida y de estilo colonial. Muchos de ellos permanecían vacíos y en ruinas (Nesbitt, 1936:63).

A juicio de Hernández, la infraestructura sanitaria en Valle de la Pascua en las primeras décadas del siglo XX tenía que ser inexistente. En aquellos tiempos, por ejemplo, probablemente sólo familias pudientes tenían letrinas. Hernández añade un interesante relato de parte de su padre, el cual provee una imagen de cómo era el trato para con los tuberculosos, quienes al no existir un hospital tenían que permanecer con sus familiares. Hablando sobre los relatos de su padre, Hernández expresa que, *“Él me contaba que siendo un niño todavía, entre los años 1935 y 1940, recordaba como las personas que enfermaban de tuberculosis u otra enfermedad que no se le conociese cura, eran aisladas del resto de la familia y demás personas sanas, para ello, en las casas tanto en el medio urbano como rural, construían en la parte más apartada del solar, alejada de la casa, una pequeña habitación donde era encerrada la persona enferma, y no se le permitía mantener contacto ni conversar con persona alguna. La comida, el agua y algún calmante, infusión o medicina se le suministraba por una pequeña ventana en el frente de la habitación, donde se le colocaba para que el enfermo lo tomase. Este aislamiento generalmente les aceleraba la muerte, causada no sólo por la enfermedad, sino también por la tristeza que les causaba el rechazo y el encierro. A los demás miembros de la familia se les prohibía acercarse al sitio y para saber del estado de salud, generalmente un criado, el padre o una persona mayor de la casa, cada mañana se acercaba a la habitación (manteniendo algunos metros de distancia de la misma) para preguntarle al enfermo como seguía, y como había pasado la noche. Quien era encerrado por una enfermedad sólo salía de ahí cuando moría, lo cual se sabía o presumía porque no respondía a los llamados, ni retiraba los alimentos de la ventanita. Ahí entraban dos hombres a la habitación, cortaban los colgaderos del chinchorro o hamaca y ahí mismo era llevado el muerto al cementerio a enterrarlo. En cuanto a los excrementos del enfermo, que generaba cuando estaba vivo, éstos los tiraba hacia el exterior por un hueco (ventana) en la parte posterior del cuarto, ahí eran rociados con kerosene u otra sustancia y quemados de manera regular para evitar infecciones”* (Contreras, 2007:77-78)

A lo largo de todo el período 1845-1935, Valle de la Pascua no contó con los servicios de un hospital, aunque rutinariamente se abogaba por la existencia del mismo, aun cuando fuera un hospital de caridad. En un escrito publicado en el periódico *La Pluma* en septiembre de 1910, expone la necesidad de dicho hospital, «*como una nota triste para la noble sociedad pascuense, la mendicidad con su doliente cortejo de enfermedades contagiosas, de harapos y miserias invade casi a diario nuestras calles; para recogerla, ¿no os parece necesario un Hospital de Caridad, donde manos cristianas y piadosas prodiguen el pan de cada día a los desheredados de la fortuna y la medicina para la pobre humanidad doliente? En cuatro años los medios han degenerado en lo imposible, pero los mendigos han aumentado en lo increíble. Quien estas crónicas escribe aboga por el Hospital porque no tiene casa ni fogón; y cree que en la lucha tenaz por la existencia siempre ha sido un Hospital el último baluarte*»¹⁰⁹.

En lo que se refiere al servicio hospitalario y de salubridad pública, Suárez sostiene que lo que existía en Valle de la Pascua, antes de 1936, era precario, rudimentario y deficiente, muchas veces transitorio. Esta difícil situación se complicaba aún más por cuanto había que enfrentar a grandes males como el paludismo, la tuberculosis y la anquilostomiasis. Los funcionarios públicos hacían lo que podían, aunque esporádicamente. Era la costumbre, por ejemplo, repartir medicinas como quinina, pastillas, aceite de tártago y otros compuestos. Este tipo de servicio sanitario sería eventualmente reemplazado por el de Dispensario. En dicho Dispensario, por lo general, se podía encontrar ciertas medicinas, inyecciones y vacunas (Suárez, 1980:56). Es de notarse que de acuerdo a un censo médico realizado por el Dr. Luis Razetti a principios de la década de los años veinte, dicho censo reveló que en el Estado Guárico se contaba en 1922 con trece médicos, dieciocho farmacéuticos y cuatro dentistas para servir una población que ascendía a 219.899 habitantes, lo que sugiere un estado deplorable de los servicios médicos en el Estado Guárico. En el caso de Valle de la Pascua, en 1922 se contaba con dos médicos, tres farmacéuticos y un dentista, según este censo (Razetti, 1922:108).

¹⁰⁹ *La Pluma*, 10 de septiembre de 1910, Año 2, N° 18.

Los médicos y farmacéuticos de Valle de la Pascua - Aunque durante el período 1845-1935, Valle de la Pascua no contó con un hospital, sí contó la ciudad con un personal médico capacitado, la mayoría de ellos graduados de la Universidad Central de Venezuela. En este grupo figuran los doctores Manuel Ledezma, Luigi Pasquarelli, J.M. Istúriz, Rafael Zamora Arévalo, Cristóbal Molina, Segundo M. Alcántara, Ernesto Díaz Vargas y Miguel Lorenzo Ron Pedrique, quienes ejercieron su profesión en Valle de la Pascua, unos a fines del siglo XIX y otros en las dos primeras décadas del siglo XX. Según Soto Arbeláez, Manuel Ledezma fue el primer médico en ejercer, a partir de 1832. Entre 1848 y 1887 se desconoce qué otros médicos ejercieron en Valle de la Pascua. Sí se sabe que el Dr. Cristóbal Molina ejercía en Valle de la Pascua por lo menos a partir de 1888 (Soto Arbeláez, 2012:1). Otros médicos como el Dr. José Valverde llegarían a Valle de la Pascua en la década de los años veinte¹¹⁰. En la década de los años treinta también llegaría el Dr. Ángel Vicente Ochoa.

En cuanto a farmacéuticos, en las primeras dos décadas del siglo XX, Valle de la Pascua contaba con dos farmacéuticos de formación profesional, en este caso los licenciados en farmacia Alberto Aranguren y Valeriano López Belisario, siendo el primero graduado de farmacéutico de la Universidad Central de Venezuela en el año 1907¹¹¹. Todo parece indicar que el servicio farmacéutico era más adecuado que el sistema hospitalario. Suárez relata que desde 1896 existía en Valle de la Pascua una farmacia denominada “*Botica Principal*”, la cual fue fundada por el Dr. Jesús María Istúriz y el ya mencionado Valeriano López Belisario. Este servicio farmacéutico duró hasta 1936, fecha en que murió Valeriano López Belisario; el Dr. Jesús María Istúriz había fallecido en 1926. Al mismo tiempo, también se fundó otra farmacia denominada “*Farmacia Marcano*». Esta farmacia fue establecida por Vicente González. Alberto Aranguren, por otro lado, estableció la farmacia que se denominó “*Farmacia Llanera*”, la cual todavía existe. Por último, la doctora Adelia de Cherubini y Busnego Martínez, establecieron farmacias a principios del siglo XX pero éstas fueron de poca duración (Suárez, 1980:22).

¹¹⁰ Visita, *El Anunciador*, 21 de febrero de 1925, Año VI, N° 302.

¹¹¹ Crónica, *La Pampa*, 20 de septiembre de 1907, Año I, N° 24.

Algunos de los médicos ya nombrados llevaron a cabo operaciones y procedimientos médicos que les ganaron la admiración de los vallepascuenses, más notablemente una extirpación de absceso hepático llevada a cabo en abril de 1907 por el Dr. Rafael Zamora Arévalo, quien fue acompañado por el Dr. Miguel Lorenzo Ron Pedrique y el Licenciado A. Marrúz¹¹². Otra extirpación de absceso hepático fue llevada a cabo en septiembre de 1907 por el Dr. Cristóbal Molina, asistido por los doctores Segundo M. Alcántara, Rafael Zamora Arévalo y Ernesto Díaz Vargas¹¹³. Finalmente, una exitosa operación de las amígdalas (amigdalectomía) fue llevada a cabo por el Dr. Ernesto Díaz Vargas en septiembre de 1912¹¹⁴. Por otra parte, además de la existencia una medicina científica en Valle de la Pascua, la cual se establece más o menos a finales del siglo XIX, coexistió también en Valle de la Pascua una medicina tradicional representada por los curanderos. Estas personas deambulaban más que todo por las zonas rurales y apelaban más a las yerbas y raíces que a las drogas al aplicar sus curas¹¹⁵.



Figura 35. Los farmacéuticos vallepascuenses Dr. Valeriano López Belisario y T.R. Busnego Martínez.

¹¹² El Lunes, *La Pampa*, 10 de abril de 1907, Año I, N° 17.

¹¹³ Crónica, *La Pampa*, 16 de septiembre de 1908, Año 2, N° 32.

¹¹⁴ Miscelánea, *El Pensamiento*, 30 de septiembre de 1912, Año I, Mes II, N° 3.

¹¹⁵ Curanderos, *Chilindrinas*, 23 de octubre de 1895, sn.

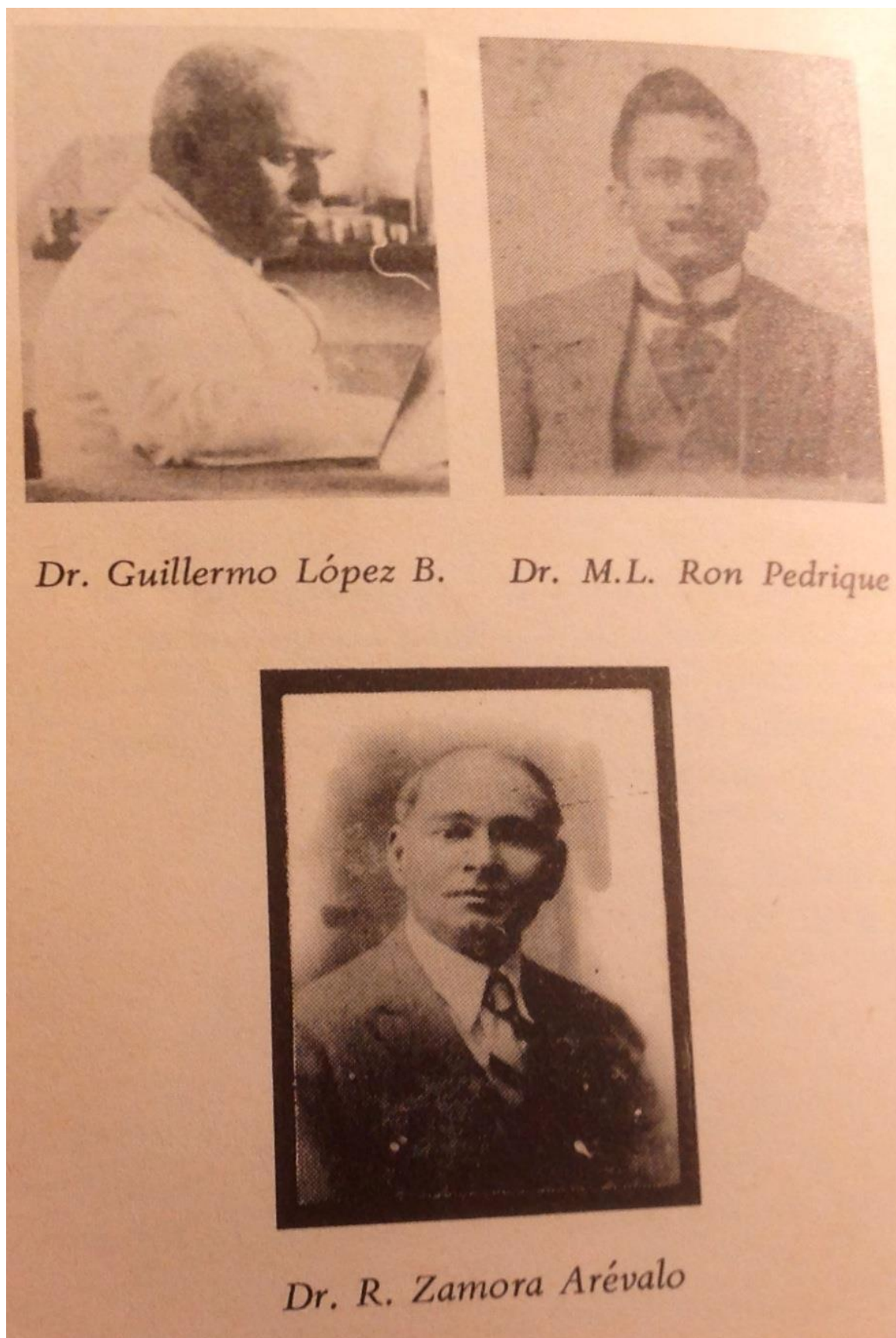


Figura 36. Los médicos vallepascuenses de las primeras décadas del siglo XX, los doctores Guillermo López Borges, Miguel Lorenzo Ron Pedrique y Rafael Zamora Arévalo.

Aunque Valle de la Pascua contaba con un personal médico capacitado, los servicios de estos profesionales no siempre estaban disponibles en las áreas rurales¹¹⁶, debido en parte a la falta de un transporte adecuado y el difícil traslado a áreas rurales. Este problema se agudizaba sobre todo en la época lluviosa. En lo que se refiere a los medicamentos usados, muchos de ellos eran traídos del extranjero, principalmente de Francia, y luego aprobados por la Junta Médica de Venezuela¹¹⁷. También, procedimientos médicos altamente especializados definitivamente no se ofrecían en Valle de la Pascua, lo que obligaba a las personas a viajar a Caracas o a la isla de Curazao en busca de tratamiento. Tal fue el caso del Dr. Cristóbal Molina, quien al enfermarse gravemente en 1917 tuvo que viajar a Caracas, y el Licenciado en Farmacia, Valeriano López Belisario, quien viajó hasta Curazao ese mismo año¹¹⁸. Debe notarse que no era de extrañar cuando un paciente o familiar de un paciente agradecía públicamente el buen cuidado médico ofrecido por los galenos vallepascuenses¹¹⁹. Por último, también debe notarse que en Valle de la a Pascua se ofrecían servicios dentales, los cuales se daban a conocer mediante aviso publicitarios en los periódicos vallepascuenses, más notoriamente en la década de los años 20¹²⁰.

¹¹⁶ *El Anunciador*, 17 de marzo de 1923, Año V, N° 212.

¹¹⁷ *La Pampa*, 10 de abril de 1907, Año I, N° 17.

¹¹⁸ De sociedad, *La Pampa*, 24 de junio de 1917, Año XIV, N° 43.

¹¹⁹ *La Luz del Santuario*, 24 de abril de 1916, Año III, N° 30.

¹²⁰ Juan Rafael Méndez, *El Anunciador*, 24 de marzo de 1923, Año V, N° 212.

Un problema que parece haber estado presente en Valle de la Pascua, especialmente a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, es la continua publicación de anuncios donde parece exagerarse los poderes curativos de los varios medicamentos. *El jarabe pectoral de Rísquez*, por ejemplo, prometía curar las enfermedades siguientes: bronquitis, catarro, asma, gripe y tosferina¹²¹. El jugo de la carne desecada supuestamente podía curar la tuberculosis, neurastenia, clorosis y anemia¹²². El *Vino de Peptona Pépsica de Jensen* podía actuar como reconstituyente de la digestión y fortificante. Además curaba enfermedades del estómago y del hígado¹²³. La *Loción Biborax*, a este medicamento se le asignaba toda clase de poderes curativos, específicamente el mismo curaba el mal aliento, el mal olor del sudor, las heridas y según era un preservativo contra las enfermedades contagiosas¹²⁴. Por último, debe destacarse que numerosos medicamentos eran recomendados para combatir el paludismo, el anquilostomosis, la sífilis y otras enfermedades que causaban desgaste orgánico¹²⁵, aunque es difícil determinar la eficacia de dichos medicamentos. Queda claro que durante el período 1845-1935, existía muy poca protección para el consumidor, aunque a menudo se urgía no vender drogas y medicinas a hurtadillas, primero por ser ilegal y segundo por perjudicar a los farmacéuticos¹²⁶.

¹²¹ Jarabe pectoral de Rísquez, *Chilindrinas*, 23 de octubre de 1895, sn.

¹²² Zúmol, *La Pampa*, 13 Enero de 1907, Año I, N° 15.

¹²³ Anuncios comerciales, *Unión y Progreso*, 2 de mayo de 1907.

¹²⁴ Usos de la Loción, *El Anunciador*, 21 de julio de 1923, Año V, N° 230.

¹²⁵ Si usted tiene calenturas, *Unión y Progreso*, 15 de noviembre de 1906, Año I, N° 5; Luz del candil, *El Candil*, 5 de mayo de 1908, Año 1, N° 5; La Nueva Medicina, *La Pluma*, 20 de octubre de 1909, Año I, N° 10; Vencedor del paludismo, Oriente del Guárico, 7 de marzo de 1916, Año III, Mes II, N° 27; Obsequio, *Labor*, Diciembre de 1932, Año X, N° 25; Anquilostomina, *La Idea*, 16 de diciembre de 1923, Año II, N° 17; Sangre de Toro, *El Anunciador*, 27 de diciembre de 1924, Año VI, N° 294; Las Píldoras de Lucano, *El Anunciador*, 21 de febrero de 1925, Año VI, N° 302.

¹²⁶ Crónicas de Actualidad, *Lámpara*, 30 de octubre de 1924, Año 1, N° 11.

El problema del agua - A lo largo del período 1845-1935, el problema del agua en Valle de la Pascua parece haber sido de naturaleza crónica. Los largos y secos veranos en el Guárico Oriental presentaban un gran problema para los habitantes de ciudades como Valle de la Pascua, quienes debían procurar el agua de las lagunas cercanas. Además, otro problema era que las largas sequías en el Guárico Oriental aparentemente atrasaban las crías (ganado vacuno) en un 50%. Muchas soluciones parecen haberse propuesto para combatir la escasez de agua. En el caso de Valle de la Pascua, en 1906 se propuso la idea de abrir pozos artesianos, una idea apoyada por el Gobernador del Estado Guárico, O. Pérez Bustamante¹²⁷. Cabe destacar que desde la década de 1880, la ciudad se surtía precariamente de agua proveniente de dos lagunas: la laguna de El Rosario, al norte de la ciudad, y la laguna El Vigía, al sur de la misma (Soto Arbeláez, 2004:103). También hay que agregar la Laguna del Pueblo, la cual, según el relato de Rubín Zamora proveyó agua a la ciudad por más de un siglo y hasta 1946 (Rubín Zamora, 1978:331). Para llevar a cabo el proyecto de pozos artesianos, se mencionaba la posibilidad de adquirir una perforadora, la cual costaría alrededor de Bs. 10.000 y penetraría el subsuelo hasta 600 pies. La importancia de los pozos artesianos fue tal que en Valle de la Pascua se creó una Junta Organizadora de los Trabajos del Pozo Artesiano, la cual contó con la participación de importantes personalidades de la sociedad vallepascuense, celebrándose una reunión de sus miembros el 25 de noviembre de 1906¹²⁸.

La idea de los pozos artesianos parece haber sido apoyada por la ciudadanía vallepascuense en general. En una función dirigida por el Profesor Carlos de Tarniella el 24 de noviembre de 1906 y destinada a apoyar el Pozo Artesiano, se recaudó un total de Bs. 299,75¹²⁹. Sin embargo, el proyecto de los pozos artesianos pronto encontró problemas. En enero de 1907 el periódico *Unión y Progreso* comenzó a indagar sobre el estado de cuentas de la Junta de Fomento del Distrito Infante, específicamente sobre los fondos destinados a la construcción del primer pozo artesiano, queriendo asegurarse de que los fondos de la comunidad no serían malgastados¹³⁰.

¹²⁷ Sobre Pozo Artesiano, *Unión y Progreso*, 15 de noviembre de 1906, Año I, N° 5.

¹²⁸ Pozos Artesianos, *La Pampa*, 10 de diciembre de 1906, Año I, N° 14.

¹²⁹ Liquidación de lo producido, *La Pampa*, 10 de diciembre de 1906, Año I, N° 14.

¹³⁰ El Fomento del Distrito Infante, *Unión y Progreso*, 30 de enero de 1907, N° 1.

Ya para 1908, la idea de los pozos artesianos pareció haber perdido empuje y se lamentaba que dicho proyecto todavía no había alzado vuelo. De hecho, ahora se proponía el uso de la «Laguna Nueva» como fuente de agua potable. El siguiente editorial del periódico *La Pampa* describe más detalladamente lo que estaba ocurriendo, *«tenemos que aplaudir el propósito de los señores miembros de la junta de poner en estado de utilizarse la «Laguna Nueva», de esta ciudad; pues una de las necesidades más importantes de Valle de la Pascua es la del agua potable. A este respecto, hemos recibido varias notas que no publicamos por falta de espacio y en las que el Presidente de la Junta nos da cuenta del adelanto de los trabajos emprendidos. Es muy de lamentarse que aun no haya llevado a cabo el proyecto del pozo artesiano. En el Llano, donde los inviernos se hace cada año más irregulares, es menester pensar seriamente en traer a la superficie el agua subterránea; y así la cría multiplicará sus productos y la agricultura adquirirá mayor desarrollo de lo alcanzado. Por otra parte, el subsuelo del Llano puede guardarnos alguna sorpresa, ya que en algunas partes, según nos informa, se han constatado manifestaciones que parece indicativas de la existencia de capas petrolíferas»*¹³¹. Para 1909 la idea de un pozo artesiano era prácticamente causa perdida, pues todavía se le pedía al Gobierno del General Juan Vicente Gómez que otorgara los Bs. 20.000 previamente aprobados por el Congreso Nacional para la perforación del mismo¹³². No se pudo encontrar evidencia de que dicho pedido fuera otorgado. Soto Arbeláez señala que en 1921, los habitantes de la ciudad, tras numerosas ruegos, lograron que el gobierno nacional enviara un ingeniero para que analizara el problema del agua. El resultado de este análisis fue la perforación de un pozo profundo a 100 metros en la calle Abajo, conocida después como Avenida Táchira y actualmente como Avenida Rómulo Gallegos. Este pozo dio muy poca agua, la cual era salobre y purgante. Sin embargo, quejarse no era una buena opción por cuanto se podía terminar en la cárcel o en el cementerio, dado lo represivo de la dictadura gomecista (Soto Arbeláez, 2004:103).

¹³¹ Mesa Revuelta, *La Pampa*, 25 de abril de 1908, Año II, N° 30.

¹³² Pozo Artesiano, *La Pampa*, 6 de marzo de 1909, Año 3, N° 35.

En 1926, tras una gran sequía, el gobierno del estado construyó e instaló un molino, el cual fue puesto a prestar servicio en el sitio La Morita y también otro molino en el sitio llamado El Calvario. Este parece ser el mismo pozo artesiano que Suárez menciona en su libro, el cual, según él sirvió para instalar un pequeño acueducto cuyo servicio terminó al construirse la represa de El Corozo, hecho sucedido en 1945 (Suárez, 1980:70).



Figura 37. La Laguna del Pueblo en 1902. Los cargadores usaban burros para transportar el agua.



Figura 38. La Laguna del Pueblo en 1902. Los vallepuscuenses visitaban la laguna en sus ratos de ocio.

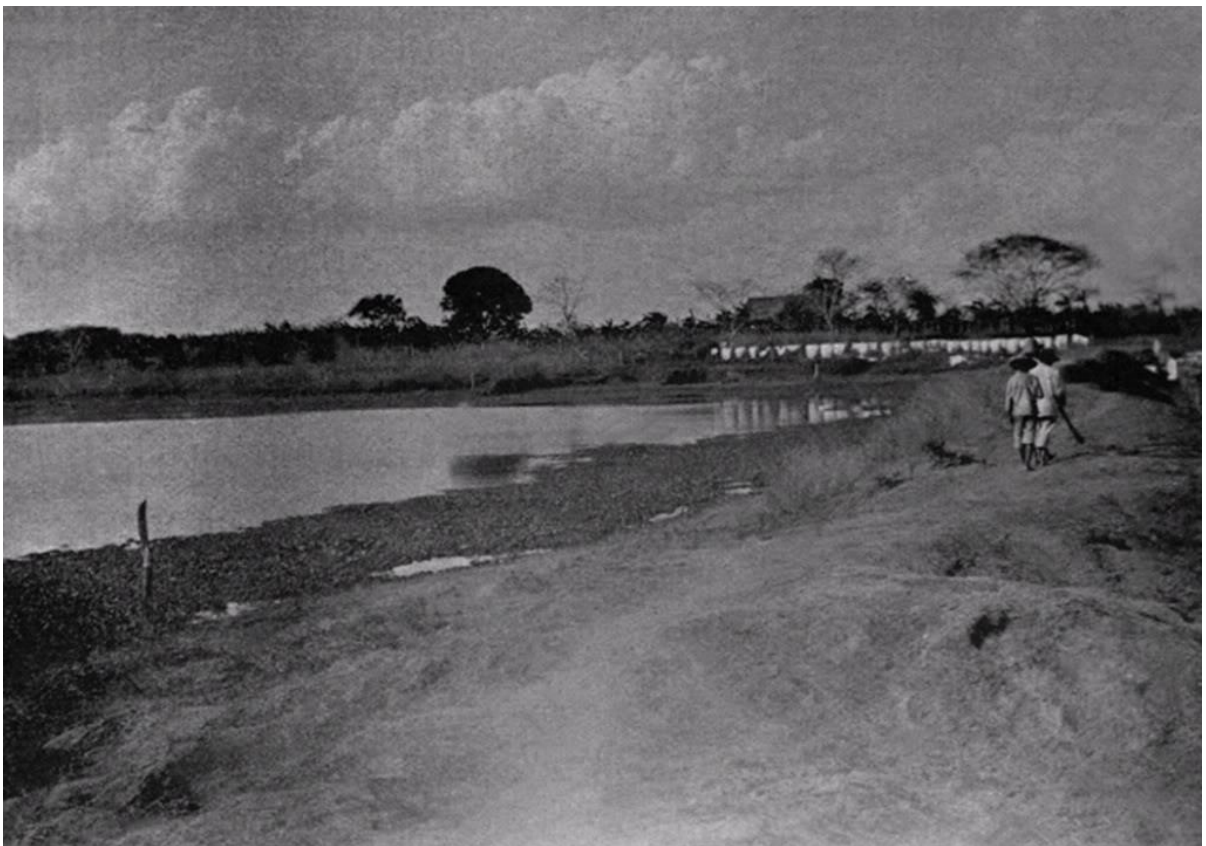


Figura 39. La Laguna del Pueblo en 1902. Muchas personas utilizaban el agua de la la laguna para lavar ropa, como se nota en el fondo de esta foto.

Obras públicas - En cuanto a obras públicas en Valle de la Pascua, a través de las fuentes periodísticas se da a conocer la ejecución de ciertas obras en la primera década del siglo XX. Por ejemplo, en 1906 el Presidente de la Junta de Fomento informó al periódico *Unión y Progreso* que dentro de pocos días continuarían los trabajos de pavimentación de la Plaza Bolívar, y empezaría a construirse el cercado de la «Laguna del Rosario»¹³³. Al año siguiente, la Junta de Fomento del Distrito Infante trabajaba activamente en la composición de las calles de la ciudad¹³⁴, cuyo pésimo estado ya se había denunciado y requería urgente reparación¹³⁵. Ese mismo año dicha Junta había sido criticada por el periódico *La Pampa*, el cual calificaba como la sordera de la Junta de Fomento, el olvidarse de terminar varias obras públicas como la pared del cementerio y la cerca de la Laguna del Rosario. También se criticaba la sordera de la Junta Organizadora por aparentemente olvidarse de los trabajos del ya mencionado pozo artesiano¹³⁶. En 1908 se criticaba el mal aspecto de la Plaza Principal. En un escrito aparecido en el periódico *El Candil*, se alegaba que en la Plaza Principal se encontraban unos montones de ladrillos y piedras quebradas que le daban un mal aspecto. Se urgía a quien le correspondía tomar cartas en el asunto, pues los montones de piedras y ladrillos podían servir de guarida a animalitos ponzoñosos enemigos del género humano¹³⁷. En 1909 se suspendieron los trabajos de las calles de Valle de la Pascua que venía verificando la Junta de Fomento del Distrito por falta de dinero. Específicamente, en un telegrama recibido de la Gobernación del Estado Guárico, el General Manuel Sarmiento, Gobernador del Estado, informaba sobre la falta de fondos indicando que, «*Fondos Fomento-mes de diciembre no han sido entregados por el Banco, ni tampoco los de la Renta de Licores-mes de noviembre*»¹³⁸. El interés por componer las calles parece haber estado siempre latente. Más adelante, en 1934, la Sociedad Socorro Mutuo organizó una subscripción para reconstruir la calle comprendida entre las esquinas «Socorro Mutuo» y «El Caimán». Obtenidos los fondos necesarios, se nombró una comisión de su seno para llevar a cabo este proyecto, el cual se ejecutó exitosamente¹³⁹.

¹³³ Cónicas-Obras Públicas, *Unión y Progreso*, 15 de noviembre de 1906, Año I, Nº 5.

¹³⁴ Crónica, *La Pampa*, 20 de septiembre de 1907, Año I, Nº 24.

¹³⁵ Calles, *Unión y Progreso*, 30 de enero de 1907, Año I, Nº 7.

¹³⁶ Sordera, *La Pampa*, 10 de febrero de 1907, Año I, Nº 16.

¹³⁷ Luz del candil, *El Candil*, 5 de mayo de 1908, Año I, Nº 5.

¹³⁸ A Punta de Pluma, *La Pluma*, 17 de enero de 1909, Año 3, Nº 34.

¹³⁹ Empedrado de la Calle «Socorro Mutuo», *Labor*, 17 de julio de 1934, Año X, Nº 31.

La falta de higiene y limpieza parece haber sido un problema perenne en la sociedad vallepascuense a lo largo del período 1845-1935. Esto se manifestaba en el descuido y desreparo en que se encontraba el cementerio municipal y las residencias particulares. También se destaca la presencia de animales en lugares donde se congregaban un gran número de personas y la formación de focos de infección. El descuido y desreparo del cementerio municipal de Valle de la Pascua parece haber sido un grave problema a finales del siglo XIX. En un escrito publicado por el periódico *Chilindrinas* en enero de 1896 se cita el penoso estado en que se encontraba el cementerio. El escrito declara, «*hace algunos días hicimos una visita, acompañados de unos amigos, al cementerio de esta ciudad, y al observar por doquiera las huellas de un abandono que desdice mucho de la cultura que alcanzado esta sociedad. Como quiera que el cementerio es un verdadero potrero, donde abunda toda clase de yerbaje, el ganado se introduce por todas partes de las derruidas paredes y para decir lo menos, desahoga su vientre sobre las tumbas de los que no tuvieron la previsión de morir en otra parte. También observamos que el cementerio está como quien dice, repleto de cadáveres, por lo cual se hace necesario ensancharlo convenientemente; que las sepulturas no guardan entre sí el orden y la simetría debidos; y que hace notable falta un osario para recoger los restos que deja diseminados la indolencia brutal del sepulturero*»¹⁴⁰. Al parecer, el problema fue resuelto a medias al construirse un nuevo cementerio en la primera década del siglo XX (se desconoce la fecha exactamente). Sin embargo, todavía en 1924 este nuevo cementerio no se había puesto en uso. En ese año el periódico *Lámpara* urgía la apertura del nuevo cementerio, alegando que el viejo cementerio estaba saturado de cadáveres por todas partes, lo que presentaba un grave peligro para la higiene pública, sobre todo en esa época cuando aparentemente había muchas epidemias¹⁴¹.

También se observaba cierta desidia en la limpieza de las propiedades privadas. En un aviso oficial publicado en el periódico *La Pampa* en 1908, se les recordaba a los inquilinos o encargados de casas de Valle de la Pascua, el imprescindible deber de hacer desyerbar y barrer los frentes de ellas los sábados de cada semana. El aviso oficial informaba que los infractores serían penados conforme lo dispuesto en la resolución dada por la Jefatura con fecha 26 de agosto de 1908 y firmada por el Jefe Civil Pilar Parra¹⁴².ç

¹⁴⁰ En la Necrópolis, *Chilindrinas*, 31 de enero de 1896, N° 8.

¹⁴¹ Crónicas de Actualidad, *Lámpara*, 30 de octubre de 1924, Año 1, N° 11.

¹⁴² Aviso Oficial, *La Pampa*, 16 de diciembre de 1908, Año 2, N° 32.

En 1908 también parece haber habido un problema con los animales (burros) invadiendo las aceras de las calles centrales de Valle de la Pascua. Dichos animales dañaban las paredes al chocar la carga de agua que llevaban con éstas. Se urgía entonces prohibir el paso de animales por las aceras. Es de notar que las autoridades fueron informadas de esta situación por la vía telefónica. Esto sugiere que el primer teléfono llegó a Valle de la Pascua en 1908. También, se temía que muchas de las calles del centro de la ciudad, las cuales constituían verdaderos charcos en tiempos de invierno, se convirtieran en un foco de infección. Esta situación era preocupante para los ciudadanos de Valle de La Pascua porque ese mismo año se había desatado una epidemia de peste bubónica en el Puerto de la Guaira y se temía que algo similar pudiese ocurrir en Valle de la Pascua. Con respecto a la peste bubónica que se había desatado en La Guaira, se sugería a los comerciantes de Valle de la Pascua el suspender sus pedidos de mercancías a Caracas hasta que se tuviese la epidemia completamente bajo control. En el periódico *El Candil* se urgía a las autoridades de Valle de la Pascua proceder cuanto antes a tomar las medidas higiénicas necesarias, haciendo obligatorias la desinfección de las casas y la limpieza de las calles. También se recomendaba estar pendiente de las personas o mercadería provenientes de los centros infectados¹⁴³.

Por último, vale la pena mencionar algunas de las medidas tomadas en Valle de la Pascua para emprender la lucha contra paludismo, enfermedad que como se verá más adelante, causó estragos en la ciudad. La literatura disponible nos hace saber que el paludismo parece haber estado presente en Valle de la Pascua por lo menos a partir de la segunda mitad del siglo XIX. De los *Apuntes Estadísticos del Estado Guárico*, obra publicada en 1877, se desprende lo siguiente sobre el Departamento Infante, en cuanto a epidemias y enfermedades locales, en particular el paludismo: «*la única epidemia que ha invadido este Departamento, de que se tenga noticia, fue el cólera que en 1854, causó grandes estragos en sus poblaciones. Durante los meses de setiembre a diciembre reinan todos los años las fiebres intermitentes sobre todo en la parte Sur del Departamento, a consecuencia de las grandes inundaciones de los ríos y caños en esta época*» (Ministerio de Fomento-Apuntes Estadísticos del Estado Guárico, 1877:235).

¹⁴³ Crónica, *El Candil*, 5 de mayo de 1908, Año 1, N° 5.

En la segunda década del siglo XX, algunos periódicos del Estado Guárico publicaron un trabajo del Dr. Vicente Peña titulado la *Cartilla Antipalúdica*, en el cual se ofrecían recomendaciones para combatir este mal. El periódico *Oriente de Guárico*, por ejemplo, recomendaba la lectura de la *Cartilla Antipalúdica* a sus lectores, recalcando que ya era hora de dedicarse a combatir la terrible epidemia que había arrebatado al Guárico una gran parte de la población útil y laboriosa. También se agregaba que el paludismo era la enfermedad endémica que producía más víctimas en el Estado Guárico, matando unas, anulándolas todas para el trabajo. Se decía también que esta enfermedad no era autóctona; antes de 1860 no existía, por lo menos no en los distritos orientales del Estado¹⁴⁴. Por otra parte, en el año 1935 se creó en Valle de la Pascua la *Junta de Damas «Lucha Anti-Palúdica» de Valle de la Pascua*. La creación de esta junta formó parte de la iniciativa del Presidente del Estado, el Teniente Coronel Ignacio Andrade, quien decretó la creación de sendas juntas en los distritos del Estado Guárico. El objetivo de estas juntas era el de contribuir en la lucha contra el paludismo, descrito como terrible flagelo que diezmaba los pueblos. La *Junta de Damas «Lucha Anti-Palúdica» de Valle de la Pascua* quedó constituida con las siguientes personas: Presidenta, Ana Isabel de Melo; Vice-Presidenta, Lola de Moreán; Tesorera, Señorita Graciela Díaz; Secretaria, Olga de Martínez y Vocal Isabel Martínez. El Dr. Ángel Vicente Ochoa asistió a la instalación de esta Junta, y puso a su servicio su experiencia¹⁴⁵. No se pudo encontrar evidencia alguna de la duración de esta junta y si cumplió con el objetivo trazado.

¹⁴⁴ Paludismo, *Oriente de Guárico*, Año I, Mes V, N° 4.

¹⁴⁵ Junta Anti-Palúdica, *Labor*, 10 de enero de 1935, Año X, N° 26.

4.4. Valle de la Pascua durante el período 1936-1961

La Valle de la Pascua del período 1936-1961, como el resto de Venezuela, formó parte de un período gran transición de orden político, económico, social y demográfico. Durante este período, la ciudad alcanzó un significativo crecimiento poblacional. Por otro lado, aunque los cambios políticos a nivel nacional ocurrieron con frecuencia, la situación político-administrativa de Valle de la Pascua permaneció prácticamente igual, al mismo tiempo que la ciudad se transformó en un centro económico de relativa importancia. En materia de educación y salud, Valle de la Pascua obtuvo grandes logros al establecerse por primera vez una escuela de educación secundaria y construirse un hospital para servir a los vallepascuenses y a los habitantes de vecindarios cercanos a la ciudad. También fueron notables la construcción de un acueducto y una represa para enfrentar el perenne problema del agua y la construcción de un sistema de cloacas. Aunque parezca difícil creer, las fuentes primarias para este período son pocas y la literatura existente bastante escueta, por lo tanto se tornó bastante difícil reconstruir de manera concisa el pasado vallepascuense de este período. No obstante, la existencia de algunas *Memorias* y *Cuentas* para el Estado Guárico para ciertos años del período 1936-1961, las obras ya descritas sobre la historia de Valle de la Pascua y algunas fuentes periodísticas nos ayudaron a recrear algunos importantes aspectos sobre la historia de la ciudad, que son de gran relevancia para la ejecución de esta tesis doctoral. Por último, como se mencionó anteriormente fue trascendental para esta tesis doctoral contar con los relatos orales de cuatro médicos y dos enfermeras que laboraban en el Hospital Guasco de Valle de la Pascua finales de la década de 1950 y a principios de la década de 1960. También contamos con el relato oral de una usuaria quien dio a luz en seis oportunidades en el Hospital Guasco entre 1958 y 1973 y llegó a conocer muy bien tanto al personal que allí laboraba como los servicios prestados.

En conversación sostenida con Felipe Hernández (junio de 2015), autor de quizás la más importante obra sobre la historia de Valle de la Pascua, el mismo sostiene que la falta de fuentes primarias no es sorprendente, dado precisamente el período de transición en que se vivió, caracterizado principalmente por la presencia en el poder de los gobiernos militares y la tendencia durante los mismos a eliminarse o deshacerse de información de índole política, económica y social no conforme con los objetivos y puntos de vista de los gobernantes de turno.

4.4.1. Marco demográfico

Durante el período 1936-1961, Valle de la Pascua experimentó un vertiginoso crecimiento el cual, como ya se ha visto, antes de 1936 era sumamente lento. En particular entre 1926 y 1936, la ciudad tuvo un crecimiento prácticamente nulo debido al éxodo poblacional hacia los campos petroleros de Roblecito y Las Mercedes (Hernández, 2005:197). Como se aprecia en la tabla 41, a pesar de las significativas pérdidas poblacionales, para 1936 Valle de la Pascua era la ciudad más poblada del Estado Guárico con 4.870 habitantes. Estas cifras, provenientes del Anuario Estadístico de 1940, no reflejan las cifras poblacionales de los vecindarios circundantes, las cuales sí se reflejan en los censos oficiales.

Tabla 41. Población de algunas ciudades guariqueñas. Año 1936.			
Ciudad	Habitantes	Varones	Mujeres
Altagracia de Orituco	3.910	1.673	2.237
Calabozo	4.735	2.283	2.452
San Juan de los Morros	4.560	2.258	2.302
Tucupido	1.972	843	1.129
Valle de la Pascua	4.870	2.140	2.730
Zaraza	3.871	1.671	2.200
Fuente: Anuario Estadístico de Venezuela – 1940. Elaboración Propia.			

Como se aprecia en la tabla 42, al incluirse las cifras poblacionales de los vecindarios circundantes a Valle de la Pascua, el total de la población de esta ciudad asciende a 11.322 habitantes. Al comprarse esta cifra con la cifra registrada por el censo de 1961, se trae a la luz un espectacular incremento poblacional de 195,2%. Sin lugar a dudas dicho incremento fue debido por un lado al incremento de la natalidad y por otro al gran descenso de la mortalidad, fenómeno ocurrido tanto en Valle de la Pascua como en el resto de Venezuela entre 1936 y 1950. La tasa de natalidad, por ejemplo, para esos dos años fue de 53,57% y 62,71% respectivamente.

Tabla 42. Población de Valle de la Pascua. Años 1936, 1941, 1950 y 1961.	
Año	Población
1936	11.322
1941	14.563
1950	19.843
1961	33.625
Fuente: Anuario Estadístico de 1938, 1942; INE-Censo 2001	



Figura 40. Centro de Valle de la Pascua en 1961, cuando la ciudad ya contaba con más de 30.000 habitantes. En el fondo de esta foto (lado izquierdo), se puede apreciar el Hospital Guasco al final de la calle Guasco.

4.4.2. Marco político

Durante el período 1936-1961, la estructura político-administrativa del Distrito Infante continuó siendo la misma que en las primeras décadas del siglo XX, contando con un Concejo Municipal, el cual que tuvo 25 presidentes durante este período, cinco de los cuales eran profesionales de la medicina, específicamente los doctores Ángel Vicente Ochoa (1945), Juan Vicente Seijas (1948-1951), Antonio Malavé (1948-1951), Manuel Díaz Moronta (1953-1954) y Rafael Ledezma Martínez (1958-1960) (Hernández, 2005:215). También, los jefes civiles, representantes directos de los gobernadores de estado en cada municipio, continuaron jugando un papel de importancia en el panorama político-administrativo de Valle de la Pascua. Los jefes civiles durante el período 1936-1961 fueron los siguientes, en orden cronológico : José María Rubín (1936-1937), Adolfo Belisario y Arturo Díaz Vargas (1937-1939), José María Rubín (1939-1940), Juan Hichert Pérez y Luis Hernández (1941-1942), Luis Hernández, y Julián Carreño España (1942-1944), Arturo Díaz Vargas y Br. Rafael Díaz Carpio (1945-18.10.45), Junta de Gobierno integrada por Juan Manuel Barrios, Miguel García Méndez y Antonio Belisario (después del golpe de Estado del 18/10/45), Juan Rafael Martínez (20-10-45), Manuel Esteban

González y Lisandro Alvarado (1947), Aly Moreno, Efraín Escobar, Carlos Camero y Antonio Peraza Medina (1948), Francisco Miguel Herrera Mata (1949-1957), Arturo Díaz Vargas (1957-23.01.58), José Miguel García, Teniente Miguel Antonio Salgado, Víctor Camero Pulido, Antonio Peraza Medina y César García Méndez (1958-1959), Orlando Salazar (1959-1969) (Hernández, 2005:217-218).

4.4.3. Marco económico

Durante el período 1937-1961 es indudable que Valle de la Pascua experimentó un desarrollo económico apreciable, lo cual fue en gran parte debido a que se concentraron en esta ciudad servicios indispensables como los de educación, salud y hotelería. El mejoramiento de la infraestructura vial facilitó el desarrollo económico, en particular la carretera Caracas-Ciudad Bolívar, la cual atraviesa a Valle de la Pascua y el ramal Valle de la Pascua-Aragua de Barcelona-Barcelona. Además, con el marcado desarrollo económico, Valle de la Pascua se convirtió en un mercado de distribución tanto de productos tradicionales como el queso como de otros como bebidas embotelladas, muebles, pastas alimenticias, talleres mecánicos y electrónicos. (Hernández, 2005:227-228). Los censos industriales y comerciales de 1936 nos dan una idea de la situación vigente en Valle de la Pascua en términos financieros y económicos, la cual fue significativa. El censo industrial de 1936 revela que existían en Valle de la Pascua 200 industrias con un capital total de Bs. 310.565. Dichas industrias contaban con 275 empleados de oficina y 121 obreros. El sueldo medio (mensual) en el Estado Guárico era de Bs. 38,76, mientras que el salario (diario) era de Bs. 2,98. Por otro lado, el censo comercial de 1936 revela que en Valle de la Pascua existían 102 comercios con un capital valorado en Bs. 681.506. Dichos comercios contaban con 66 empleados y 17 obreros. En el caso de los comercios, el sueldo medio (mensual) en el Estado Guárico era de Bs. 77,96, mientras que el salario (diario) era de Bs. 4,45. Se incluyen dentro de los comercios, las empresas que prestaban servicios a la comunidad. En cuanto a los censos agrícolas y pecuarios, existían en Valle de la Pascua 605 fundos agrícolas y 307 fundos pecuarios, con un valor de Bs. 323.598 y Bs. 3.018.553 respectivamente. Los fundos agrícolas contaban con 48 empleados, mientras que los fundos pecuarios contaban con 1.471. El sueldo medio (mensual) en los fundos agrícolas era de Bs. 34,50, mientras que en los fundos pecuarios era de Bs.65,09. En los fundos agrícolas, basado en los días utilizados, se pagaba a los obreros un total de Bs. 65.010, mientras que en los fundos pecuarios se pagaba Bs. 32.462. Por último, el salario medio en los fundos agrícolas era de Bs. 2,77, mientras que en los fundos pecuarios era de Bs. 2,84 (Pardo, 1941:202-203).

Durante el período 1937-1961, se detecta una marcada acción gubernamental en pro de los Municipios a fin de ayudar a éstos a generar rentas e independizarlos económicamente del Estado. También se intentó ayudar a la industria agropecuaria mediante el otorgamiento de préstamos tanto a agricultores como a ganaderos. En 1938, por ejemplo, el Gobierno del Estado Guárico intentó dotar a los Municipios de alguna empresa o industria que pudiera proporcionarle rentas. También se instó a los Concejos Municipales, Juntas Comunales y Jefes Civiles a que trabajaran incesantemente en el sentido de generar rentas y de fomentar el Tesoro del Municipio. En el caso del Distrito Infante, se esperaba que con la instalación de una planta eléctrica se adelantarían grandemente los esfuerzos de independización del Estado. También, se fomentaba la industrialización de los Distritos por medio de las pequeñas industrias. En el caso de Valle de la Pascua se planeaba la instalación de una maquinaria para extraer aceite de tártago¹⁴⁶. Por otro lado, el Ejecutivo del Estado Guárico también prestó ayuda a la industria pecuaria de los Distritos, mediante la creación del Transporte Ganadero del Estado Guárico, entidad que se encargaría de transportar ganado desde el Estado Guárico hasta los mercados disponibles. Para ello contaba con 20 unidades motorizadas, 20 choferes, 8 peones, 4 Jefes de Secciones y un Inspector de Transporte¹⁴⁷.

¹⁴⁶ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1938-Mensaje Presidencial de 1938, p. 19-21.

¹⁴⁷ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1938- Mensaje Presidencial de 1938, p. 13.

En 1940 se establecieron las Cajas Rurales, instituciones bancarias, las cuales tenían como objetivo proveer préstamos y semillas a los agricultores pobres. La meta principal era proteger la agricultura en el Estado Guárico y la gobernación del mismo creó 13 Cajas Rurales. La creación de las Cajas Rurales fue posible gracias a la participación del Ministerio de Agricultura y Cría, el cual aportó la mitad del correspondiente capital inicial¹⁴⁸. Una de estas Cajas Rurales fue establecida en Valle de la Pascua¹⁴⁹. También se proveyó ayuda a los agricultores pobres mediante la adjudicación de terrenos baldíos¹⁵⁰ y mediante préstamos¹⁵¹. Participó en este proceso la Intendencia de Tierras, Bosques y Aguas¹⁵².

En 1944 el Gobierno Nacional erogó Bs. 60.000.000 para ser otorgados en créditos a los ganaderos. Dichos créditos se consideraban como imprescindibles para adelantar la ganadería en regiones como el Estado Guárico, por cuanto servirían para cubrir necesidades muy urgentes como lo eran: siembra de pastos, cercas, provisión de aguas, compra de reproductores, maquinarias, construcción de habitaciones higiénicas, bañaderos, garrapaticidas etc. Se consideraba que con créditos apropiados y una dirección técnica eficiente, la industria ganadera podría salir del atraso en que se encontraba¹⁵³. Muchas causas se atribuían al atrasado estado en que se encontraba la industria pecuaria. Entre ellas figuraban: la falta de pastos, agua, cercas, las epizootias, la falta de preparación del ganadero, las guerras civiles y los malos gobiernos con su monopolio. Todas estas causas contribuían a la degeneración y disminución de los ganados. También se estimaba que el conflicto bélico (Segunda Guerra Mundial) había entorpecido la política de protección al productor. Por último, la falta de implementos, alambre y sementales había obstaculizado el desarrollo de la ganadería en el Distrito Infante¹⁵⁴.

¹⁴⁸ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940-Mensaje Presidencial de 1940, p.11, 105.

¹⁴⁹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, p.154-155, 170-173

¹⁵⁰ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, Secretaría, Oficios, p. IV.

¹⁵¹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, Presidencia, Oficios, p. VIII, X.

¹⁵² Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1941-Mensaje Presidencial de 1941, p.16.

¹⁵³ El desarrollo de la industria pecuaria en el país ofrece buenas perspectivas en general, *El Ganadero*, Valle de la Pascua, 8 de septiembre de 1945, N° 2, p.1.

¹⁵⁴ Interesantes declaraciones sobre la ganadería formula el Dr. Rafael Zamora Pérez para el Diario "Ahora", *El Ganadero*, 4 de octubre de 1945, Valle de la Pascua, Número 3, p. 1-3.

En lo que se refiere a las obras públicas, a finales de la década de 1930 y principios de la de 1940 figuran los trabajos de la Plaza Bolívar (1939)¹⁵⁴, la construcción del Parque Infantil José María Zamora (1939)¹⁵⁶ y la construcción de la torre del Templo de La Pascua a un costo de Bs. 6.000,00 (1940)¹⁵⁷. También figura la construcción del puente El Gallo sobre el río Tamanaco, lo que facilitó la comunicación con los vecindarios localizados al noroeste de la ciudad¹⁵⁸. Además, se reconstruyó el puente El Chaguaramal en el Camino Valle de la Pascua-Espino¹⁵⁹, al sureste de Valle de la Pascua. Por último, en 1940 se construyó el edificio de Jefatura Civil, para lo que se contó con la ayuda del Ejecutivo del Estado Guárico de Bs. 3.000,00¹⁶⁰. En 1946, un grupo de ganaderos de Valle de la Pascua se reunió y formaron la Junta Pro-Camino Valle de la Pascua-Espino para atender a la recaudación de fondos y todo lo relacionado con la construcción de una vía carretera entre Valle de la Pascua y Espino. La Junta quedó formada de esta manera: Presidente, Oscar Cobeña Z.; Vicepresidente, Pablo Aurrecoechea C.; Tesorero, Humberto Moreno H.; Secretario, Antonio Arias Moreno. La iniciativa recibió muy buena acogida y se planeó informar al Gobierno del Estado Guárico y al Ministerio de Agricultura y Cría para contar con el apoyo de estas dos entidades. La construcción de una carretera entre Valle de la Pascua y Espino se consideraba vital para el desarrollo económico de la región¹⁶¹. No se pudo verificar si este objetivo fue logrado, aunque es cierto que una carretera entre Valle de la Pascua y Espino fue eventualmente construida. En 1955 se terminó en Valle de la Pascua la construcción de calzadas y aceras por el método de concreto, específicamente 5.000 metros cuadrados de calzadas y 3.000 metros cuadrados de aceras. Estos trabajos fueron realizados por la Compañía Construcciones y Asfaltos S.A., e incluyó a otras ciudades del Estado Guárico (San Juan de los Morros y Las Mercedes del Llano) a un costo de Bs. 676.600,34¹⁶².

¹⁵⁵ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1939, p. 62, 31 de mayo de 1939.

¹⁵⁶ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1939, p. 62.

¹⁵⁷ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, p.68.

¹⁵⁸ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, p. 21, 53 y p. 70-71.

¹⁵⁹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, p. 77.

¹⁶⁰ Constituida Junta Pro-camino Valle de la Pascua-Espino, *El Ganadero*, Valle de la Pascua, 4 de agosto de 1945, número 1, p. 1.

¹⁶¹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, p. 73-74.

¹⁶² Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1955-Mensaje que el ciudadano gobernador Dr. Emigdio Medina Ron, Gobernador del Estado Guárico, presenta a la Asamblea Legislativa en su sesión ordinaria de 1955, p. 19, San Juan de los Morros.



Figura 41. La carretera Valle de la Pascua-El Sombrero, la cual forma parte de la carretera Caracas-Ciudad Bolívar. Esta carretera se empezó a construir en 1923, durante el régimen gomecista. Varias de las defunciones por accidentes de tránsito entre 1944 y 1961 incluidas en este estudio ocurrieron en este tramo de carretera.

4.4.4. Marco sociocultural

Dentro del marco sociocultural vallepascuense del período 1936-1961, resalta el progreso de la educación primaria y secundaria. En 1938, el Gobierno del Estado Guárico planeaba dar un gran empuje a la educación primaria mediante la implantación de reformas destinadas a reducir los altos índices de analfabetismo. Específicamente, ese año el Gobierno de Estado Guárico destinó Bs. 25.000 para cubrir los gastos de 81 escuelas primarias unitarias en todo el Estado y 98 becas distribuidas entre estudiantes que cursaban estudios en Colegios, Liceos y en la Universidad Central de Venezuela. El plan del Ejecutivo del Estado Guárico era eliminar todas las becas y crear en su lugar ochenta escuelas rurales, que serían distribuidas por todos los distritos del Estado Guárico¹⁶³.

Por otra parte, ese mismo año el Gobierno del Estado Guárico decidió sustituir las antiguas y deficientes Escuelas Nocturnas por las Escuelas Graduadas Nocturnas donde se pudiera obtener el certificado de Instrucción Primaria Elemental obligatorio. Como parte de este proyecto, se fundó en cada capital de Distrito un Instituto Cultural Nocturno, con una dotación del Director y 2 Maestros de Grado¹⁶⁴. El Ejecutivo del Estado Guárico también creó una Escuela de Labores Femeninas en cada Capital de Distrito. La idea de las Escuelas de Labores Femeninas era la de crear institutos *«que serán de gran progreso y beneficio para nuestra mujer guariqueña, la cual debemos preparar de manera práctica en su cultura, para que así pueda en una honesta y productiva labor, vivir en su hogar sin las inquietudes de la miseria y poniendo de manifiesto que con su trabajo respalda su virtud atávica y bien cimentada»*¹⁶⁵. En Valle de la Pascua se nombraron como Directoras de la Escuela de Labores Femeninas de Valle de la Pascua a las señoras Ana Isabel de Melo y María Oropeza de Zamora¹⁶⁶. Además de se adquirieron 2 máquinas de coser SINGER para dicha escuela¹⁶⁷.

En 1945 se estableció en Valle de la Pascua la primera institución de educación secundaria en su historia, la cual inicialmente se llamó *«Colegio de Secundaria»*, luego *«Colegio José Gil Fortoul»* y finalmente, en el año escolar 1947-1948, se le denominó *«Liceo José Gil Fortoul»*. Al fundarse el colegio se matricularon por lo menos 41 alumnos, la mayoría de ellos del sexo femenino. La primera sede de esta institución estuvo ubicada en la calle Atarraya Sur N° 33, entre Descanso y Las Flores (Soto Arbeláez, 2004:102-105).

¹⁶³ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1938-Mensaje Presidencial 1938, p. 7.

¹⁶⁴ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1938-Mensaje Presidencial de 1938, p. 8.

¹⁶⁵ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1938-Mensaje Presidencial de 1938, p. 8-9.

¹⁶⁶ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, p. 79.

¹⁶⁷ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, p. 158.

En los primeros años de la década de 1950, existían en el Estado Guárico las Escuelas de Artes y Oficios del Estado Guárico. Durante el lapso 1950-1954, se graduaron 995 alumnos de estas escuelas con el título de *Diplomado* y 226 de ellos provinieron de Valle de la Pascua. Sólo la ciudad de Zaraza superó a Valle de la Pascua en el número de graduados con 227. El título de diplomado tenía dos especialidades, Comercio y Manualidades. De los 435 alumnos graduados con título de *Diplomado en Comercio*, 144 correspondieron a Valle de la Pascua, mientras que de los 560 alumnos con títulos de *Diplomado en Manualidades*, 82 correspondieron a Valle de la Pascua. El costo por alumno durante el período 1950-1954 se estimaba en Bs. 6.755,00. Las Escuelas de Artes y Oficios del Estado Guárico fueron eliminadas en 1955 por considerarse demasiado costosas y deficientes¹⁶⁸.

Un evento notable en la historia sociocultural de Valle de la Pascua fue la construcción de un hipódromo en el año 1946, el cual tenía una pista de mil metros de longitud. Dicho hipódromo fue construido por iniciativa de los ingenieros de la compañía LAVICA, Ángel Graterol Tellería y Manuel Ruiz García, quienes motivaron y buscaron el apoyo de los ciudadanos pudientes de Valle de la Pascua, entre ellos Alejandro Campaña. El hipódromo se construyó en el sitio de la laguna de la Vigía, frente a la planta eléctrica, alrededor de la cual se diseñó y construyó el óvalo. Algunos ciudadanos vallepascuenses aportaron mil bolívares per cápita para pagar a la compañía. En cada carrera participaban cinco o más caballos y se realizaban apuestas. En 1948, este hipódromo todavía estaba en funcionamiento y fue visitado ese mismo año por el entonces Presidente de la República, el escritor Rómulo Gallegos (Hernández, 2005:230).

Por último, debe mencionarse la instalación en 1940 de la primera Radioemisora en Valle de la Pascua¹⁶⁹.

¹⁶⁸ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1955-Mensaje que el ciudadano gobernador Dr. Emigdio Medina Ron, Gobernador del Estado Guárico, presenta a la Asamblea Legislativa en su sesión ordinaria de 1955, p. 9-10, San Juan de los Morros.

¹⁶⁹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940, p. 14.

4.4.5. Infraestructura médico sanitaria

La infraestructura médico-sanitaria de Valle de la Pascua durante 1937-1961 indudablemente que presenta grandes mejoras en comparación a la del período anterior. Las notables mejoras en la infraestructura médico-sanitaria de Valle de la Pascua se debieron principalmente a una serie de medidas llevadas a cabo por la por la Gobernación del Estado Guárico, las cuales incluyeron la construcción del Hospital Guasco, obra que se comenzó en 1937 y se extendió hasta 1940, la construcción de un acueducto en 1943 que tenía como fuente pozos de agua subterránea, la construcción de la represa “El Corozo”, y la instalación de un sistema de cloacas en 1947. A estos notables eventos también hay que agregar la construcción de un moderno matadero y un nuevo mercado donde se ubicaron todas las carnicerías de la ciudad.

Adelantos en la salud pública del Estado Guárico. En 1938 la Gobernación del Estado Guárico tomó una serie de medidas que repercutieron no sólo en Valle de la Pascua sino también en todo el estado. En primer lugar, la Gobernación nombró seis Médicos Sanitarios para los distritos. Entre los objetivos de estos Médicos Sanitarios estaba el de atender a los enfermos eficazmente, llevando las medicinas necesarias, y al mismo tiempo haciendo apuntaciones del estado sanitario de cada Municipio y de cada caserío. Al término de 6 meses de trabajos y observaciones, estos Médicos Sanitarios debían reunirse en la Capital del Estado, San Juan de los Morros, y presentar a la gobernación sus observaciones científicas. Una vez terminadas estas deliberaciones, los Médicos Sanitarios debían ofrecer al Gobierno Nacional y a Venezuela entera una exposición minuciosa del desagradable estado de salud del Guárico y de la campaña enérgica y consciente que debía seguirse de manera inmediata para mejorar el estado de salud y salvar cuantas vidas fuese posible¹⁷⁰.

¹⁷⁰ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1938-Mensaje Presidencial, 1938:10.

Para el Distrito Infante, se nombró como Médico Sanitario al Dr. R. Zamora Pérez¹⁷¹. La gobernación del Estado Guárico también nombró un Inspector Viajero Sanitario y de Asistencia Social del Estado y dicha responsabilidad recayó en la persona del Dr. Miguel L. Ron Pedrique¹⁷². En el año 1939, Dr. Ángel Vicente Ochoa reemplazó al Dr. R. Zamora Pérez en el cargo de Médico Sanitario del Distrito Infante con un sueldo de Bs. 1.000 al mes^{173 y 174}. Otra medida tomada por la Gobernación del Estado Guárico, fue la creación en 1940 de los cargos de Inspector General de los Hospitales¹⁷⁵ e Ingeniero del Estado Guárico¹⁷⁶. Estos cargos aparentemente tenían como función velar por el buen funcionamiento de los hospitales y medicaturas rurales existentes en el Estado Guárico y administrar obras de ingeniería sanitaria respectivamente.

El servicio hospitalario en el Estado Guárico mejoraría notablemente y a principios de la década de 1960, había en el estado tres clínicas particulares y siete centros quirúrgicos hospitalarios, de los cuales seis eran de caridad, sostenidos por el Gobierno Estadal y Nacional, y uno de naturaleza industrial privado, perteneciente a la Sociedad Anónima, Petrolera Las Mercedes (Dao, 1965:172). Más adelante se proveen detalles específicos sobre el funcionamiento del Hospital Guasco de Valle de la Pascua.

¹⁷⁰ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1938-Mensaje Presidencial, 1938:10.

¹⁷¹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1939:8.

¹⁷² Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1939:104-105.

¹⁷³ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1939:43-44.

¹⁷⁴ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1939:55.

¹⁷⁵ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940:106-107.

¹⁷⁶ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940:107.

Por otro lado, a principios del período 1936-1961, se llevaron a cabo varias obras públicas que contribuyeron a mejorar la infraestructura sanitaria de Valle de la Pascua. Por ejemplo, en el año 1938 se construyeron aceras de cemento en la mayor parte de las calles de la población y se construyó un edificio para la Planta Eléctrica¹⁷⁷. En 1939, el Gobierno del Estado Guárico se vio en la necesidad de erogar sumas de dinero para atender a la limpieza y desyerbo de las Capitales de distritos y poblaciones de varios Municipios debido a que las Rentas Municipales atravesaban en ese entonces una situación económica precaria que les impedía hacer erogaciones inmediatas. Como tal, se invirtió en dichas obras la cantidad de Bs. 5.400,00¹⁷⁸. En 1940 se construyó en Valle de la Pascua un Matadero Modelo¹⁷⁹ y se terminó la calle El Mango (con una ayuda estatal de Bs. 500,00)¹⁸⁰. En 1941 se realizaron trabajos de continuación del Hospital Guasco y se recibió una ayuda para reparar la calle de El Mango y para la edificación del local del Dispensario Santo Domingo¹⁸¹. En 1945 se inauguró en Valle de la Pascua un nuevo edificio del mercado. Todas las carnicerías de la ciudad fueron instaladas en este moderno edificio, el cual fue construido por el Gobierno Regional. La construcción de este nuevo edificio parece haber sido beneficioso para la ciudad por cuanto acabó con los cuartuchos sucios y malolientes donde se expendía la carne, además de la incomodidad para los compradores debido a lo pequeño de los locales¹⁸².

¹⁷⁷ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1938-Mensaje Presidencial, 1938:16.

¹⁷⁸ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1939-Mensaje Presidencial 1939:7.

¹⁷⁹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940:153-154.

¹⁸⁰ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940:51

¹⁸¹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1941-Mensaje Presidencial, 1941:11-12.

¹⁸² Fue inaugurado el nuevo edificio del mercado, *El Ganadero*, 8 de septiembre de 1945, N° 2, p.3.

Entrada la década de 1950, las enfermedades infecciosas como el paludismo, la anquilostomiasis, la tuberculosis, la lepra y el Mal de Chagas eran el principal foco de atención para el Poder Ejecutivo del Estado Guárico. El presupuesto del Estado Guárico para el año fiscal 1954-1955, por ejemplo, contemplaba una suma de Bs. 136.682,00 para la Campaña Antimalárica, a la cual se le habían dedicado Bs. 124.400,00 el año fiscal anterior. En el año 1955, se habían efectuado rociamientos con dieldrín a 33.000 casas, lo que representaba un aumento de 11.123 casas, a un costo promedio para el Estado de Bs. 4,20 por casa. El aporte mensual para la Campaña Anquilostomiásica era de Bs. 2.380,00 o una contribución anual de Bs. 28.560,00. Por otro lado, se aumentó a Bs. 45.990,00 la contribución para el sostenimiento de 7 camas en el Hospital Antituberculoso de Bárbula, Estado Aragua. La contribución durante el año anterior había sido de Bs. 38.340,00. También se despacharon medicinas al Dispensario Antituberculoso de San Juan de los Morros a un costo de Bs. 3.895,10. Las 7 camas en el Hospital Antituberculoso de Bárbula eran utilizadas por enfermos pobres que no podían ser asistidos en los hospitales corrientes del Estado Guárico. Por último, también se contribuyó Bs. 30.000 a la Campaña contra la Lepra y Bs. 16.800,00 al estudio y profilaxia de la enfermedad de Chagas¹⁸³. En el año 1957, se estableció en el Centro Materno Infantil de San Juan de los Morros un servicio de hidratación para aquellos niños enfermos carentes de recursos económicos para atender a su curación¹⁸⁴.

¹⁸³ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1955-Mensaje que el ciudadano gobernador Dr. Emigdio Medina Ron, Gobernador del Estado Guárico, presenta a la Asamblea Legislativa en su sesión ordinaria de 1955, p. 13, San Juan de los Morros.

¹⁸⁴ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1957-Mensaje que el ciudadano coronel Roberto Casanova, Gobernador del Estado Guárico, presenta a la Asamblea Legislativa en su sesión ordinaria de 1957, p. 3, San Juan de los Morros.

Para 1961, el Gobierno del Estado Guárico tenía como meta objetivo principal proveer a los municipios de acueductos, plantas eléctricas, escuelas, medicaturas y vías de comunicación, por cuanto se pensaba que si los pueblos contaban con estos medios, se evitaría un éxodo de la población hacia ciudades con mejores condiciones de vida. Se consideraba que todos estos objetivos se habían logrado en cerca de un noventa por ciento. En el medio rural, la meta principal era dotar a los caseríos de agua potable por medio de la instalación de molinos y moto-bombas y la construcción de lagunas y represas en la mayoría de los campos que carecían de agua potable. Luego seguirían las escuelas, dispensarios y vías de penetración¹⁸⁵.

Para 1963, el Gobierno del Estado Guárico había dedicado grandes recursos a las áreas de educación, sanidad, asistencia social, abastecimiento de agua, eliminación de excretas, electricidad, caminos y pavimentación de calles. Esto era posible, gracias al aumento presupuestario del estado, el cual para 1963 era de 29,5 millones de bolívares, o cincuenta y dos veces más de lo que había sido durante el lapso 1945-1948. También era importante el programa de Vivienda Rural patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el cual había tenido éxito en el Estado Guárico. Por último, debe mencionarse la lucha contra el Mal de Chagas en el medio rural, mediante la sustitución de los techos de palma o paja por aluminio o asbestos o tejas, eliminándose así el hábitat del *chipó* o insecto trasmisor¹⁸⁶.

¹⁸⁵ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1961-Mensaje que el ciudadano gobernador Juan Manuel Barrios, Gobernador del Estado Guárico, presenta a la Asamblea Legislativa en su sesión ordinaria de 1961, p. 5-6, San Juan de los Morros.

¹⁸⁶ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1963-Mensaje Presidencial del Ciudadano Ricardo Montilla al tomar posesión de la Gobernación del Estado Guárico, 6 de abril de 1963. Imprenta Nacional-Caracas 1963.

El problema del agua. Durante el período 1936-1961, el problema de la falta de agua seguía latente en Valle de la Pascua. En 1938, el Dr. Olavarrieta, médico del Distrito Infante, aseveraba que el problema del agua estaba planteado en todo su rigor en el Distrito Infante. En ese entonces, el único abastecimiento lo constituían las lagunas que rodeaban los pueblos o que estaban muy cerca de los caseríos y vecindarios. Estas lagunas eran inmensos criaderos de anófeles y por lo tanto focos eternos de paludismo y también anquilostomiasis. Por esta razón se recomendaba cegar estas lagunas. Sin embargo, al eliminar un problema se creaba otro. Surgían preguntas tales como ¿qué agua tomaría la clase pobre? Las personas pudientes podían comprar el agua extraída de los pozos artificiales (agua de bomba), pero para las personas pobres esto no era una opción. Olavarrieta también menciona que en aquel entonces el Gobierno regional había traído los artefactos necesarios para cavar pozos que darían agua si no potable, por lo menos clara, de mejor aspecto y sin ocasionar los peligros asociados con las lagunas. Se esperaba que el Gobierno Nacional, por órgano del Ministerio de Obras Públicas, cooperara con el gobierno regional para sancionar la rigurosa necesidad del agua (Olavarrieta, 1938:7).

Según Soto Arbeláez en Valle de la Pascua existió una planta de potabilización de aguas y una represa sólo para uso doméstico. La red de cloacas no fue construida hasta 1947. Antes de 1947, la gente saciaba su sed con aguas de las siguientes lagunas: La del Pueblo, El Rosario y el Caño de la Vigía. Todas estas lagunas eran infecciosas por cuanto los cargadores de agua lo hacían en burros que terciaban con barriles de madera. Cuando llenaban los barriles, los burros muchas veces hacían sus necesidades cerca del agua de paso contaminándola. Los niños se bañaban en esa misma agua añadiéndole aún más microbios. El índice de enfermedades hídricas como la fiebre tifoidea, era por lo tanto, muy alto. Por igual, existían las enfermedades producidas por el E-Coli como las diarreas, vómitos, fiebres etc. Quien no hervía el agua y la filtraba tenía gran chance de contagiarse y de morir. De 1947 en adelante, con el tratamiento de las aguas, más la desinfección con cloro, el panorama cambió radicalmente (Contreras, 2007:76-77).

En su obra *El Ayer de la princesa*, Pérez Guevara presenta un interesante relato sobre el problema del agua potable en Valle de la Pascua. Según Pérez Guevara, a medida que la ciudad crecía, el pueblo exigía servicios acordes con el desarrollo. En 1938 el Ministerio de Obras Pública inició la construcción de un acueducto para suministrar agua en pilas públicas. El Ingeniero Andrés Frágenas estuvo a cargo de esta obra. El Concejo Municipal autorizó a los interesados a conectarse al acueducto a cambio de un pago mensual de diez bolívars por el servicio. El mencionado acueducto se terminó de construir en 1941 a un

costo aproximado de Bs. 853.298,35 y ese mismo año se inauguró con el siguiente personal: Mecánico, Ricardo Moreno, devengando un sueldo de 600 bolívares al mes; Vigilantes: Luis Valiente, Luis García y Agustín Aguilar, con sueldo de 144 bolívares cada uno al mes y como Encargado de Llaves, Gabriel Martínez que ganaba 44 bolívares mensuales (Pérez Guevara, 1998:22).

Pérez Guevara añade que en la construcción del acueducto no se previó dejar pozos de reserva por si acaso el agua suministrada por los pozos faltara en el futuro, lo que ocurrió eventualmente en 1945. En este año, los pozos se secaron y sólo dos de ellos quedaron activos. Como consecuencia, Valle de la Pascua enfrentó una escasez de agua, lo que obligó a la municipalidad a racionarla, mediante el cierre de las pilas públicas que estaban ubicadas en las siguientes esquinas: El Refugio, El Bambú, El Roble, El Carmen, en la Calle El Ganado y en la Casa El Llanero. La escasez de agua obligó a los pobladores de Valle de la Pascua a usar una vez más el agua de la Laguna del Pueblo, mientras se buscaban otras opciones. Los aguadores con sus burros se encargaban de transportar el agua a quien deseara comprarla. Como solución temporal se ampliaron la mencionada Laguna del Pueblo y la Laguna El Rosario. También se construyó la Laguna Nueva y camiones cisternas aportados por el Instituto Nacional de Obras Sanitarias (INOS) surtieron de agua a la colectividad. La crisis de la escasez de agua en 1945 obligó a las autoridades competentes a planear la construcción de una represa como solución permanente. La idea le fue planteada el 20 de marzo de 1945 al entonces Presidente de Venezuela, General Isaías Medina Angarita, quien se encontraba de visita en Valle de la Pascua y prometió tomar cartas en el asunto. Ese mismo año, el Ingeniero Rafael Vegas León proyectó la construcción de la represa “El Corozo”, la cual se ejecutó en 1946 mediante un contrato del INOS con la Empresa Venezolana de Inversiones C.A. (VICA), siendo el Ingeniero constructor, Ángel Graterol Tellerías. De esta manera, la represa “El Corozo” comenzó a servir al acueducto de Valle de la Pascua (Pérez Guevara, 1998:22-23).

Por último, Pérez Guevara añade que eventualmente otras poblaciones cercanas a Valle de la Pascua también empezaron a servirse de la represa El Corozo, razón por la cual esta represa resultó ser insuficiente para satisfacer la demanda, imponiéndose la necesidad de una fuente de agua potable de mayor capacidad. Se decidió entonces contratar a la empresa Ermo-Sanoja-Valladares Excavadora, para la construcción de una nueva represa. Dicha represa se terminó de construir en 1966, al retener el Río Tamanaco en el sitio Playa de Piedra, a unos 30 kilómetros al noroeste de Valle de la Pascua. Esta es la primera presa que colecta las aguas de la Cuenca del Unare. Actualmente la Represa de Tamanaco está en

servicio con una capacidad máxima de 246.500.000 metros cúbicos a su nivel máximo (Pérez Guevara, 1998:22-23)



Figura 42. Embalse Tamanaco, el cual surte de agua potable a Valle de la Pascua desde 1966.

Para 1961, la infraestructura sanitaria de Valle de la Pascua, en lo que se refiere al abastecimiento del agua y el sistema de cloacas, había mejorado considerablemente. Valle de la Pascua, con una población de más de 30.000 habitantes, formaba parte del grupo de poblaciones con más de 5.000 habitantes o más con abastecimientos de agua administrados por el INOS. En ese entonces, existían 3.312 suscriptores al servicio de agua y una población servida que se estimaba en 19.866 o 83,00% del total de la población. A pesar de lo aparentemente adecuado del servicio, para este tiempo el INOS. continuaba ejecutando obras en Valle de la Pascua para mejorar el servicio (Mejías, 1961:143). En cuanto a los servicios cloacales, para 1961 la población con redes cloacales se estimaba en 12.384 o 52,00% del total, pero sólo 7.704 estaban conectados a las mismas, lo que representaba un 32,00% del total. Los desechos cloacales desembocaban en el Caño La Gloria (Mejías, 1961:151).

Las enfermedades infecciosas en Valle de la Pascua. Durante casi todo el período estudiado el paludismo constituyó una seria amenaza para los pobladores de Valle de la Pascua, debido a la existencia de tres lagunas que servían como criadero de anófeles. Dicha enfermedad ocupaba endémicamente casi toda el área del Distrito Infante siendo sus puntos más fuertes en endemidad: Espino y su jurisdicción, Chaguaramas y sus alrededores.

También figuraban como focos permanentes de paludismo los vecindarios y caseríos cercanos al municipio Valle de la Pascua como Jácome, Corozal, La Culebra, Mamonal, El Vigía y otros. En todos estos lugares se observaba el acceso palúdico todo el año y sobre todo el campesino pobre era víctima del flagelo por falta de preparación, siendo presa de dicho factor, el cual debía considerarse como el mayor en la mortalidad del Distrito Infante (Olavarreta, 1938:1). Como medidas para combatir el paludismo, en 1938 se habían repartido entre los pobres de solemnidad alrededor de diez mil pastillas de quinina en Valle La Pascua, Chaguaramas, Las Mercedes y otros lugares con apreciable densidad de población. También se habían repartido un buen número de pastillas de plasmuquina simple y atebrina. En cada caso se habían obtenido excelentes resultados (Olavarrieta, 1938:10).

La anquilostomiasis, como antes hemos mencionado, también representaba otra seria amenaza a la salud de los vallepasquenses. Ante la gravedad del problema, ciertas medidas se habían tomado para enfrentar el problema. A principios del período 1936-1961, la Sanidad regional había emprendido una metódica lucha contra el anquilostomo aplicando curas sucesivas de aceite de quenopodio repartido en cápsulas a todo paciente que se presentaba a los dispensarios a consultar por paludismo u otra causa cualquiera. Este método había dado buenos resultados ya que los mismos pacientes manifestaban después el buen ánimo que habían adquirido para trabajar (Olavarrieta, 1938:6).

Por último, las enfermedades venéreas también representaban, aunque en menor escala, un problema de salud en el Distrito Infante a finales de la década de 1930. Como tal, dichas enfermedades venían siendo objeto de especial cuidado y control en los pueblos donde existían Dispensarios Polivalentes. Estos dispensarios desempeñaban un papel muy importante en la lucha contra las endemias del lugar, sobre todo porque las medicinas eran despachadas por los Directores bajo el control Médico Sanitario (Olavarrieta, 1938:10).

4.4.6. El Hospital Guasco

La construcción del Hospital Guasco, iniciada en 1937 y terminada en 1940¹⁸⁷, es uno de los más salientes eventos en la historia de la salud pública de Valle de la Pascua. Por primera vez en la historia de la ciudad se contaba con un centro asistencial dotado del personal y equipo médico necesario para proveer servicios médicos a la comunidad. De las Memorias de la Gobernación del Estado Guárico, se obtuvieron importantes detalles sobre la formación de este centro médico, el cual estuvo en servicio hasta 1973. El Hospital Guasco se dotó inicialmente de 50 camas¹⁸⁸. El Dr. Arturo Díaz Vargas fue nombrado como

primer encargado de la institución en el año 1939¹⁸⁹. Ese mismo año también se nombró a Federico Marcano como capellán del hospital con un salario de Bs. 150 al mes¹⁹⁰. El año 1940 fue un año de gran actividad en el Hospital Guasco. Entre las principales actividades figuran la formación de una Junta Administradora que se encargó de la dirección del hospital¹⁹¹, el nombramiento de Ignacio Delgado a esta junta¹⁹², la creación del cargo de Directora Interna con sueldo de Bs. 150 al mes¹⁹³ la creación de un Centro Quirúrgico¹⁹⁴ y la creación del cargo de Boticario del Hospital Guasco, el cual le fue otorgado a José Rafael Torrealba¹⁹⁵.

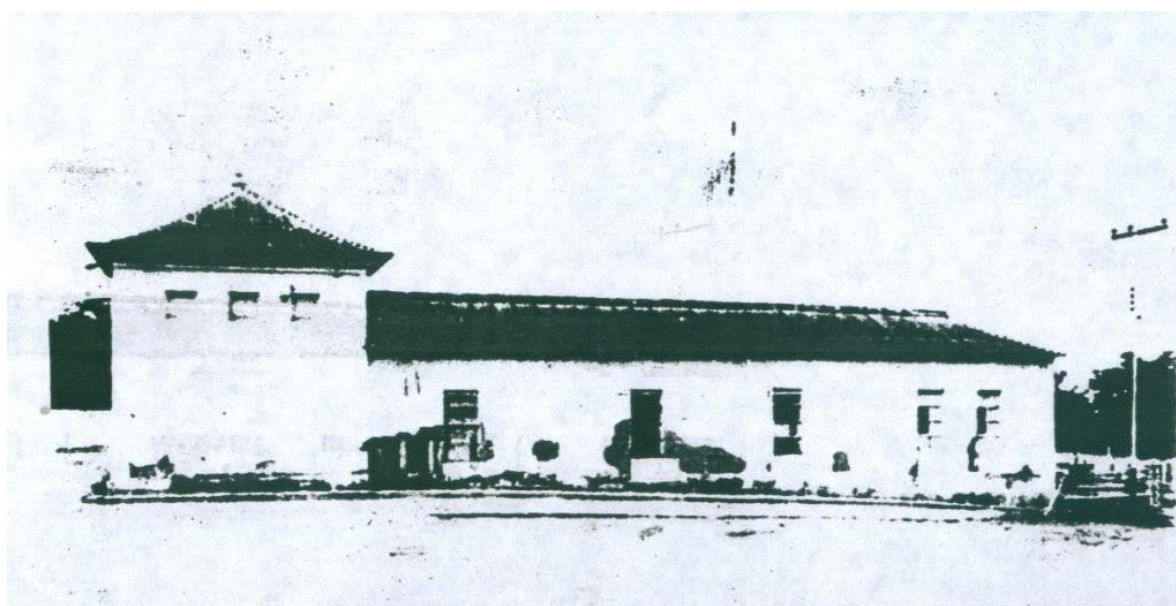


Figura 43. El Hospital Guasco de Valle de la Pascua en 1940.

¹⁸⁷ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940-Mensaje Presidencial, 1940:8.

¹⁸⁸ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940-Mensaje Presidencial, 1940: 10.

¹⁸⁹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1939:23.

¹⁹⁰ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1939:69.

¹⁹¹ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940:93,111.

¹⁹² Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940:112

¹⁹³ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940:55

¹⁹⁴ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940:15.

¹⁹⁵ Memoria y Cuenta del Estado Guárico de 1940: 173.

Las entrevistas realizadas con cuatros médicos y dos enfermeras que laboraron en el Hospital Guasco en las décadas de los años 50 y 60, junto con el relato de una usuaria quien tuvo seis partos en dicha institución entre 1958 y 1973, nos ayudó a conocer importantes detalles sobre el desempeño y funcionamiento de este centro de salud vallepuscuense. Como se mencionó con anterioridad, los cuatro médicos entrevistados son: Diógenes Ron Troconis, José Tomás Arola Chacín, Fernando Aular y Ofelia Camero de Ruiz. Por otro lado las enfermeras que nos concedieron entrevistas son: Ana de Zúnico y María del Valle Espinoza de Suárez. Por último, la usuaria del Hospital Guasco quien nos proporcionó un muy valioso relato fue Feliciano de Jesús Velásquez Anare.

En llevar a cabo las entrevistas, se elaboró una serie de preguntas relacionadas con los objetivos de esta tesis doctoral, aunque también se le permitió a los entrevistados hablar libremente sobre cualquier tema relacionado con el Hospital Guasco. Se hicieron preguntas a los médicos y enfermeras relacionadas con el personal médico del hospital durante las décadas de los 50 y 60, en particular, el número de médicos y enfermeras disponibles. También se indagó acerca del número de pacientes provenientes del medio rural. También se hicieron preguntas acerca de las enfermedades más comunes en los menores de un año, las enfermedades más difíciles de tratar y el problema de las Mal Definidas. Por último, se hizo una pregunta a los cuatro médicos acerca de los factores que influían en la mortalidad infantil. A la usuaria se le hicieron preguntas generalizadas relacionadas con el funcionamiento del hospital y los servicios prestados. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por María del Valle Contreras de Ortega, Licenciada en Educación Integral y Magíster en Desarrollo Rural, entre el 27 de junio y 7 de agosto de 2015.

Estructura administrativa del Hospital Guasco. Los relatos orales recabados nos permitieron llevar a cabo un recuento de la situación administrativa y operativa del Hospital Guasco para 1961. De acuerdo a dichos relatos, para ese año el Hospital Guasco contaba con cuatro servicios: Medicina General y Consulta, Servicio Especial, Servicio de Cirugía y Sala de Parto. Cada servicio estaba regido por un médico jefe. El Dr. Ron Troconis relata que aquel entonces el Hospital Guasco contaba con siete u ocho médicos, entre los que figuraba, además de él, José Tomás Arzola Chacín, Rafael Ledezma Martínez, Carlos Clavo, los hermanos Carpio y Alejandrino Campagna. De ese grupo, el Dr. Ron Troconis había sido el primero en llegar, específicamente en el año 1951. En cuanto a las enfermeras, todas eran auxiliares no graduadas y el número de ellas ascendía a 15. Entre las más experimentadas estaban: Guillermina Villarroel, Ramona Gabante, Columba Ruiz, Olimpia Gabante (hermana de Ramona Gabante). Casi todas estas enfermeras, sino todas, ya han

fallecido. Aún queda la Sra. Clara Arteaga, quien trabajó con el Dr. Ron Troconis en el Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación (IPASME), y la Sra. Ana de Zúnico. El Dr. Ron Troconis añadió también que las enfermeras Guillermina Villarroel y Ramona Gabante eran indispensables en el Hospital Guasco. Estas enfermeras, quienes eran instrumentistas y trabajaban hasta 48 horas, estaban en la obligatoriedad de participar en todas las operaciones. Muchas veces en las madrugadas cuando se presentaba una cesárea, eran llamadas a asistir en la operación. El Dr. Ron Troconis, junto con el chofer del hospital, las iba a buscar a sus respectivas casas en la ambulancia del hospital. Ambas damas siempre estuvieron dispuestas a prestar sus servicios¹⁹⁶. Por otra parte, debe mencionarse que, según el Dr. Aular, el primer laboratorista del Hospital Guasco fue Abrahán Isaac (Abrahancito)¹⁹⁷.

La Dra. Ofelia Camero de Ruiz recuerda que cuando ella trabajaba en el Hospital Guasco en la década de los 60, había entre 10 y 15 médicos, pero cuando un médico estaba de guardia, el mismo era responsable por todos los servicios. La doctora recuerda a los doctores Arzola, Clavo, Ledezma, Seijas, los dos Ron Troconis, Bolívar y Arveláez. A veces, si estaban ayudando al cirujano en una operación, se corría el riesgo de descuidar a otros pacientes. Las enfermeras, por otra parte, también eran pocas, pero con mucha vocación. Muy buenas en su estimación. La doctora asevera que en ese tiempo, las enfermeras sabían hasta más que un médico¹⁹⁸.

Los salarios en el Hospital Guasco. En cuanto a los salarios de los médicos, los mismos se podrían considerar como relativamente bajos, aunque aparentemente cuanto más responsabilidad se tenía, más alto era el salario. A manera de ejemplo, el Dr. Ron Troconis nos proveyó su cronología salarial comenzando el año 1954 y terminando en 1976, el año en que se jubiló. La cronología salarial es la siguiente¹⁹⁹:

1954- Sueldo como médico rural en Chaguaramas: 650,00 bolívares mensuales.

1957- Como Médico Adjunto en el Hospital Guasco, el Dr. Ron Troconis ganaba 1.500,00 bolívares al mes.

¹⁹⁶ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 1 de agosto de 2015.

¹⁹⁷ Dr. Fernando Aular. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 4 de julio de 2015.

¹⁹⁸ Dra. Ofelia Camero de Ruiz. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

¹⁹⁹ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 1 de agosto de 2015.

1958- Como Médico Residente en el Hospital Guasco, el Dr. Ron Troconis ganaba 2.250 bolívares al mes.

1964- Como Médico Jefe de Obstetricia en el Hospital Guasco, el Dr. Ron Troconis ganaba 900,00 bolívares al mes. Nunca entendió porque el salario era tan poco teniendo más responsabilidades.

1965-1976 – Como Médico Especialista Dos, Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología, el Dr. Ron Troconis ganaba 3.630,00 bolívares al mes y con ese sueldo se jubiló, empezando luego a trabajar en el sector privado.

Otro médico vallepascuense quien nos reveló cifras salariales fue el Dr. José Tomás Arzola Chacín, quien nos expresó que el año 1961 ganaba un total de 1.900,00 bolívares al mes. Las fuentes de este salario se desglosan de la siguiente manera: Hospital Guasco: 900,00 bolívares al mes; Dispensario de Corocito: 400,00 bolívares; Dispensario de Mahomal: 600,00 bolívares²⁰⁰.

Las enfermeras por supuesto recibían salarios mucho más bajos que los médicos. Por ejemplo, la Sra. Ana Esther Machado de Zúnico, quien se desempeñaba como Enfermera Auxiliar, empezó a laborar en el Hospital Guasco cuando tenía 22 años de edad en el año 1957. La Sra. Zúnico trabajó en casi todos los servicios, pero en sí se dedicó casi siempre al área de Pediatría y trabajó 37 años ininterrumpidos. En los años sesenta, la Sra. Zúnico ganaba un sueldo de 150,00 bolívares al mes. Sin embargo, en el Hospital Guasco recibía el desayuno, almuerzo y cena. Su salario era pagado por el Estado Guárico. En la actualidad, la Sra. Zúnico, dedica su tiempo a trabajar en la iglesia católica, realizando obras de caridad²⁰¹.

²⁰⁰ Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

²⁰¹ Ana Esther Machado de Zúnico. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

Otra enfermera, la Sra. María del Valle Espinoza de Suárez, Técnico en Enfermería, empezó a trabajar en el Hospital Guasco cuando tenía 16 años de edad, en 1953. Después de 40 años de servicio, se jubiló a los 57 años de edad. Trabajó en todos los servicios, pero se especializó en el área instrumentista, en el Servicio de Cirugía, en el quirófano. La Sra. Zúñico asistió en muchas operaciones, entre ellas: cesárea, estómago, hígado y vesícula. Muchas de estas operaciones fuera llevadas a cabo por el mejor cirujano según ella: el Dr. Carlos Clavo. En aquel tiempo su horario de trabajo era de 7 de la mañana a 7 de la noche, con un sueldo de 60 bolívars, 30 bolívars cada quincena, los cuales veía con tristeza cada vez que los cobraba porque eran pocos para sus gastos. No cobraba horas extras, pero amaba su trabajo. En 1967, optó por trabajar en la Clínica Guárico para mejorar su presupuesto²⁰².

Actividades diarias y servicios prestados en el Hospital Guasco. Los relatos que siguen a continuación nos dan una idea sobre las actividades que se desarrollaban a diario en el Hospital Guasco y los servicios prestados a los pacientes en el mismo. Primeramente, en los años sesenta aun no había médicos especialistas en el Hospital Guasco. También se carecía de anesthesiólogos. Sin embargo, el Dr. Arzola asegura que el personal médico atendía todas las emergencias, agregando que, «*No había cómo referir a un paciente porque no había ambulancia y la carretera estaba muy mala. Por eso fue que aprendimos a tratar cualquier caso por la experiencia*». Por otra parte, uno de los mejores beneficios del Hospital Guasco era el expendio de medicamentos gratuitamente para todos los pacientes. Por ejemplo, el Dr. Arzola veía un paciente y le daba receta. El paciente a la vez le entregaba la receta a un funcionario del hospital y éste le entregaba los medicamentos de forma gratuita²⁰³.

²⁰² María del Valle Espinoza de Suárez. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

²⁰⁰³ Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

En cuanto a la cirugía, el Dr. Aular señaló que antes de 1936, no había cirujano, ni se hacía cirugías, salvo en casos muy excepcionales. Con el establecimiento del Hospital Guasco en Valle de la Pascua, y a pesar de la falta de anestesiólogos, se comienzan a realizar cirugías con la aplicación de éter directamente, una práctica considerada peligrosa hoy en día. El tipo de operaciones incluía: apendicetomías, histerectomías, cesáreas, operaciones de vesícula y cirugía menor. El Dr. Aular recuerda que una apendicitis, por ejemplo, era una enfermedad grave y casi mortal. Se diagnosticaba cuando el médico veía que el paciente tenía vómitos, fiebre y dolor abdominal²⁰⁴.

El relato de las enfermeras entrevistadas para este estudio, nos permite llegar a conocer de cerca cómo funcionaba el Hospital Guasco a finales de la década de los 50 y principios de los 60. La señora María del Valle Espinoza de Suárez nos relató que hizo muchos partos, incluso partos de mellizos. Había partos donde el niño venía de pie y ella los atendía. Cuando llegaban los médicos, ya el trabajo estaba hecho. Cuenta que, *«En mis tiempos, nosotras las enfermeras hacíamos el trabajo pesado, mucho más que los médicos. A veces por alguna razón se ausentaban los médicos de la emergencia y yo muchas veces recetaba al paciente con fiebre, gripes, diarreas, y les daba la orden para retirar las medicinas de la farmacia del hospital»*. Prosigue diciendo que en esa época las enfermeras eran también camareras, pues le hacían el aseo a las parturientas. Añade, *«qué tiempos tan diferentes aquellos, teníamos una gran vocación. Hoy día eso no existe»*. Además, según la señora Suárez, en aquellos años no existía la carestía, tanto en el nivel de atención como en los medicamentos, asociada con los hospitales venezolanos del presente. En aquel entonces se podía contar siempre con bombonas de oxígeno, medicinas y la atención médica. La señora Suárez finalizó su entrevista comentándonos que añora aquellos años y que de volver a nacer, quisiera ser enfermera. Actualmente, trabaja en una farmacia de ayuda social, 2 horas semanales y dice sentirse realizada rodeada de sus seres queridos²⁰⁵.

²⁰⁴ Dr. Fernando Aular. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 4 de julio de 2015.

²⁰⁵ María del Valle Espinoza de Suárez. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

Por otro lado, la señora Zúnico, quien como ya se mencionó anteriormente nos contó que trabajó en casi todos los servicios, pero en sí se dedicó casi siempre al área de Pediatría. En total, estuvo trabajando 37 años ininterrumpidos y lo hizo con dedicación. Según lo que recuerda, había al menos unas 40 enfermeras en todo el Hospital Guasco repartidas en tres turnos: de 7 de la mañana, a 3 de la tarde; 3 de la tarde a 11 de la noche; 11 de la noche a 7 de la mañana. Existían en aquel tiempo: Servicios de Cirugía, el cual contaba con dos enfermeras. También existía un Servicio Especial, dentro del que existían cuatro servicios a su vez y cada servicio contaba con una enfermera. El Servicio Especial estaba diseñado para los pacientes que podían pagar. La señora Zúnica recuerda la gran dedicación y entrega con que los médicos trataban a los pacientes, aun cuando muchos de ellos devengaban un salario apenas mayor que el de las enfermeras. En comparación a los hospitales de hoy en día en Venezuela, aquellos años en el Hospital Guasco fueron años magníficos para los usuarios, en términos de atención recibida y disponibilidad de medicamentos. Por ejemplo, los pacientes reclusos tenían servicio de ambulancia y las parturientas eran atendidas de forma excelente. El nivel de atención era igual tanto para las nuevas como para las viejas paridoras. Agregó también que a diario se cambiaban las sabanas de las camas y el aseo personal a las parturientas se les realizaba en la misma cama. Las parturientas recibían tres comidas diariamente y después de su estadía en el hospital eran transportadas a sus casas en compañía de la enfermera de turno en la ambulancia del hospital. La Sra. Zúnico terminó su entrevista con lo siguiente, «*Antes, los médicos trataban con cariño y esmero a los pacientes; hoy en día, los médicos apenas si tocan al paciente y lo tratan con desdén*»²⁰⁶.

²⁰⁶ Ana Esther Machado de Zúnico. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

En cuanto a los servicios prestados en el Hospital Guasco, el relato de una usuaria del Hospital Guasco, la Sra. Feliciana Velásquez Anare, nos da una idea de la relativa buena calidad de los mismos en ese centro médico. Según ella, jamás se comparará el Hospital Guasco con una de las clínicas actuales, aun cuando sus instalaciones, no eran las más modernas. La institución tenía sus salas de hospitalización, su quirófano y sus salas de consulta. La atención era esmerada y el aseo de las paridas era excelente. Nos cuenta que en ese entonces las multíparas no parían con los médicos sino con las enfermeras. Después venía el médico a supervisar la faena de la enfermera. Señaló que las enfermeras Gabante y Villarroel, entre otras, eran como doctoras. Relata también que en el Hospital Guasco eran estrictos con las visitas y a los pacientes hospitalizados se les permitía sólo un acompañante. Según ella, existía un salón amplio donde había al menos 20 camas, donde se hospedaban las parturientas luego de parir. Las mismas se quedaban 3 días o, más según fuera el caso. Había un solo baño para las paridas. En cuanto a la alimentación, la comida era excelente y se proveía desayuno, almuerzo y cena. El desayuno consistía de una taza de avena y una arepa (torta de maíz) con mantequilla y queso. El almuerzo consistía de sopa, arroz y carne con plátanos fritos. Para la cena, nuevamente servían sopa acompañada de plátano horneado²⁰⁷.

El Hospital Guasco no sólo prestaba servicios médicos a la comunidad vallepascuense, sino también a los habitantes del medio rural. De hecho, como lo explica el Dr. Ron Troconis, los médicos del Hospital Guasco recorrían los varios caseríos atendiendo pacientes y distribuyendo medicamentos, *«Recuerdo que yo todos los jueves me iba con el chofer de la ambulancia, José Salazar y el Asistente José Higuera, a las 5 de la mañana. Íbamos al 133, de ahí hacia Guaribe, y regresábamos por las Piedras. Recorriamos todos esos caseríos. En cada uno me esperaba un grupo de gente para que los atendiera. Eso fue en la época de Pérez Jiménez, él mandaba un tropel de medicamentos, no faltaba nada. La medicatura estaba llena de medicinas. Yo me llevaba las muestras médicas, y en cada caserío que había gente enferma, yo los veía y les daba los medicamentos. En algunos casos complicados me los llevaba en la ambulancia y los refería a San Juan, porque yo tenía contactos ahí»*²⁰⁸.

²⁰⁷ Felician de Jesús Velásquez Anare. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

²⁰⁸ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 1 de agosto de 2015.

Por otra parte, la Dra. Ofelia Camero de Ruiz señala que también buscaban asistencia médica en este hospital personas de otras ciudades contiguas a Valle de la Pascua como Chaguaramas, Las Mercedes, Tucupido y Zaraza²⁰⁹. La Sra. María del Valle Espinoza de Suárez recuerda que en relación a las enfermedades en los niños, la más común era la gastroenteritis. Al Hospital Guasco llegaban una gran cantidad de pacientes del área rural con severos problemas de parasitosis y vómitos acompañados de diarreas. Señaló también que atendió muchos pacientes del campo que venían con paludismo; estas personas generalmente eran hospitalizadas²¹⁰.

Las enfermedades tratadas en el Hospital Guasco y el patrón epidemiológico. En lo que se refiere a las enfermedades más comunes que se trataban en el Hospital Guasco, de los relatos se desprende que había una gran variedad de las mismas. El Dr. Ron Troconis es claro en este punto señalando que *«En el Hospital Guasco había de todo. Las enfermedades eran múltiples. No te puedo decir cuál era la causa primordial porque había de todo. Desde un accidente cerebro vascular hasta un traumático»*. El Dr. Ron Troconis expuso que la gastroenteritis era probablemente la enfermedad más común a principios de la década de los años sesenta. Esto se debía a que en ese tiempo la atención de los niños estaba a cargo de un médico sanitarista, quien por supuesto no tenía experiencia como pediatra. Luego llegó la primera pediatra, la Dra. Ofelia Camero de Ruiz. El Dr. Ron Troconis recuerda que en el año 61, estuvo a cargo de la sala de pediatría del Hospital Guasco y había muchos casos de amibiasis, porque la gente no hervía el agua y tomaban agua directo del chorro o de las lagunas. Hubo una época en que el agua que se tomaba procedía de la Laguna del Pueblo, la cual estaba contaminada. Por cierto, el Dr. José Antonio Ron, su hermano, cuando tenía 11 años agarró una epidemia de la fiebre tifoidea en esa Laguna del Pueblo, y fue el Dr. Francisco Torrealba, gran investigador, quien le devolvió la vida²¹¹.

²⁰⁹ Dra. Ofelia Camero de Ruiz. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

²¹⁰ María del Valle Espinoza de Suárez. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

²¹¹ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 1 de agosto de 2015.

El Dr. Arzola asiente que la gastroenteritis era una de las principales causas de muerte, sobre todo en los niños y la enfermedad de Chagas en los ancianos. También menciona a la parasitosis, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, aunque con menos frecuencia, como causas de muerte. Otra notable causa de muerte era el tétanos, pero la vacuna llegó a tiempo y empezó a disminuir bastante. Para los años sesenta, ya se contaba con las vacunas contra el tétanos, la viruela y la tosferina. En referencia a las enfermedades gastrointestinales, gran parte del problema, según el Dr. Arzola, se debía al hecho de que la gente no hervía el agua, y las moscas contaminaban todo. La falta de insecticidas también figuraba como parte del problema²¹². La Dra. Camero de Ruiz concuerda con el Dr. Arzola en lo que se refiere a no hervir el agua, la cual provenía de las lagunas contaminadas. Como resultado, los niños sufrían mucho de diarrea, amibiasis y parasitosis²¹³. La señora Zúnico, quien a diario trataba un gran número de pacientes, recuerda muchos casos de cirrosis hepática en los adultos, los cuales morían por retención de líquidos. También nos cuenta que la deshidratación consumía a los niños rápidamente. Con la llegada a Valle de la Pascua a finales de la década de 1950 del Dr. Pérez España, quien ella asegura fue el primer pediatra del Hospital Guasco, el tratamiento de las enfermedades gastrointestinales mejoró notablemente. Como anécdota, recuerda que al Dr. Pérez España no le gustaba escribir y siempre le dictaba a ella lo que debía indicar en las historias y en los récipes; luego él firmaba²¹⁴.

Los médicos vallepascuenses entrevistados nos relatan también sobre el cambiante panorama epidemiológico a finales de la década de los años cincuenta y principios de los sesenta. El Dr. Ron Tronconis nos contó que enfermedades como el paludismo ya habían prácticamente desaparecido para ese tiempo gracias a las medidas tomadas por el Gobierno Nacional, en particular el programa del Dr. Arnaldo Gabaldón para erradicar esa enfermedad. El Dr. Ron Tronconis también nos relata que él tuvo sus luchas, por cuanto los sanitaristas en aquel tiempo eran descuidados. Según él, siempre había que estar pendiente para cortar las cadenas de proliferación del paludismo. También nos mencionó que ya para ese entonces se hacían más notable las enfermedades como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares producto del estrés y la mala alimentación²¹⁵.

²¹² Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

²¹³ Dra. Ofelia Camero de Ruiz. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

²¹⁴ Ana Esther Machado de Zúnico. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

²¹⁵ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 1 de agosto de 2015.

Sobre el tema del perfil epidemiológico de Valle de la Pascua, El Dr. Arzola señaló que antes del año 1950, el paludismo mataba mucha gente, pero una vez que se usó el DDT, el mismo puso fuera de combate a esta enfermedad al acabar con el mosquito transmisor. Las aguas cercanas a la población servían para criar la larva del mosquito transmisor y ahí estaba el problema. El DDT acabó con el paludismo en toda Venezuela, con la excepción del Estado Bolívar (donde existe una enorme área selvática, lo cual dificulta una erradicación total del flagelo)²¹⁶. Por último, el Dr. Aular apuntó que en los años treinta todavía en nuestros pueblos, los techos de las casas eran de paja y palma, el lugar perfecto para los chupones (vectores) que transmitían el Mal de Chagas. Agregó que las enfermedades como el paludismo, aun no han sido exactamente erradicadas pero sí ha disminuido su frecuencia. El paludismo existe todavía, pero por lo menos ha disminuido por las campañas antichagásicas. Por otro lado, las enfermedades hídricas, han disminuido por la presencia de los acueductos. En los años cincuenta había insalubridad, por cuanto la gente tomaba aguas contaminadas por las heces de animales y personas, lo que traía como consecuencia las parasitosis y las gastroenteritis, enfermedades causantes de las muertes de muchos infantes en esa época. También, la viruela, la cual venía por epidemias y mataba mucha gente, y la poliomielitis, la cual dejaba mucha gente incapacitada, ya no existen²¹⁷.

Al Hospital Guasco de Valle de la Pascua llegaban muchos pacientes con enfermedades o lesiones muy difíciles de tratar. Las opiniones son varias respecto a cuál enfermedad o lesión presentaba los mayores desafíos en tratarse. El Dr. Ron Troconis relata que en su experiencia, los casos traumáticos eran los más difíciles de tratar, sobre todo porque en las década de los cincuenta y principios de los sesenta, no había un anestesiólogo en el Hospital Guasco. Cuando él llegó al Hospital Guasco en 1951, se aplicaba la anestesia raquídea, la cual presentaba un riesgo muy grande, puesto que si llegaba al nervio raquídeo el paciente moría. El Dr. Ron Troconis tuvo un caso gravísimo de una pareja que sufrió un terrible accidente automovilístico. Ambos pacientes presentaban múltiples fracturas y era difícil decidir por dónde empezar. El hombre estaba destrozado por toda su anatomía y tuvo que referirlo a Caracas. Paso un tiempo y ese mismo hombre regresó a Valle de la Pascua a darle las gracias, pero desafortunadamente se mató de regreso a su pueblo²¹⁸.

²¹⁶ Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

²¹⁷ Dr. Fernando Aular. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 4 de julio de 2015.

²¹⁸ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 1 de agosto de 2015.

Con respecto a la anestesiología, el Dr. Ron Troconis señala que la situación mejoró mucho cuando en la década de los 60, una doctora alemana (no mencionó el nombre) les enseñó a aplicar la anestesia pedidural, la cual era menos riesgosa. Por cierto, Tomás Arzola fue discípulo de esta doctora, y por eso él fue el primer anestesiólogo de Valle de la Pascua. En sí, los casos más difíciles eran los traumáticos, especialmente aquellos donde el paciente presentaba fracturas²¹⁹. En el área de cirugía, como ya se ha mencionado, se destacó el Dr. Carlos Clavo, quien según el relato del Dr. Arzola, era incansable en la búsqueda de nuevos conocimientos. El Dr. Arzola recuerda que el Dr. Carlos Clavo, eminente cirujano vallepuscuense, obtuvo mucha experiencia realizando cursos durante sus vacaciones en el hospital de la ciudad de Valencia. Al término de un mes, el Dr. Clavo regresaba a Valle de la Pascua con nuevos conocimientos²²⁰.

Para la Dra. Ofelia Camero de Ruiz, en los niños, las diarreas y la gastroenteritis eran difíciles de tratar, en particular porque en aquel tiempo los niños se deshidrataban, por cuanto poco se sabía acerca de la hidratación intravenosa²²¹. Por otro lado, el Dr. Arzola nos indicó él trabajaba en obstetricia y la enfermedad más difícil de tratar era la eclampsia. A las mujeres les subía la tensión, sufrían alteraciones generales en el hígado y se les coagulaba la sangre. Además, la eclampsia les daba edema en el cerebro y esto ocasionaba las convulsiones. El Dr. Arzola también nos comentó sobre los partos y efectuó comparaciones entre lo que sucede hoy en día y como se hacían las cosas a principios de la década de los años sesenta, *«En la actualidad, un cien por cien de las mujeres embarazadas no paren, sino que se hacen cesárea por comodidad. Nosotros a veces pasábamos una noche entera con una mujer pariendo y hasta que no paría no nos veníamos para la casa. Para nosotros era un triunfo atender un parto, que estar apurados haciendo una cesárea. Uno lo llevaba bien estudiado, le hacíamos sus evaluaciones si iba a parir o no»*²²².

²¹⁹ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 1 de agosto de 2015.

²²⁰ Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

²²¹ Dra. Ofelia Camero de Ruiz. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

²²² Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

Las dos enfermeras entrevistadas ofrecen otros puntos de vista en lo referente a la dificultad en tratar ciertas enfermedades. Recuerda la Sra. Zúnico que en aquel tiempo morían algunos niños con enfermedades renales, pues no existía la diálisis. También señaló que las diarreas, los vómitos, parasitosis y deshidratación, hicieron estragos en ese tiempo pues no había hidratación por la vena, sino que los hidrataban inyectándolos en la barriga. Sin embargo, considera que los casos más difíciles eran los problemas renales. De hecho, ella misma tuvo un caso de este tipo de patología con su hijo, quien falleció. Según la Sra. Zúnico, muchos niños enfermaban de los riñones porque comían tierra, lo cual ocasionaba una gran hinchazón abdominal pues retenían el líquido. Como medida de curación, les pinchaban la barriga y salía el líquido de sus barrigas el cual recogían en un envase²²³. Para la Sra. María del Valle Espinoza de Suárez, las enfermedades más difíciles que observó fueron aquellas que aquejaban a los ancianos, las de la tensión, cuando les daba un accidente cardiovascular. Algunos quedaban con parálisis en sus miembros, con dificultad para hablar²²⁴.

La mortalidad infantil. En lo referente a la elevada mortalidad infantil, la Dra. Ofelia Camero de Ruiz piensa que muchas veces la falta de retenes neonatales para atender a los niños prematuros contribuía a tal mortalidad. Generalmente, los niños prematuros se morían porque no había como asistirlos. Sin incubadoras, los niños prematuros no tenían oportunidad de sobrevivir. Por otro lado, la condición de las madres jugaba también de importancia en la elevada mortalidad. La mayoría de ellas casi nunca se controlaban, simplemente asistían al momento del parto sin haber recibido ninguna atención durante el embarazo. Hoy en día, las mujeres asisten a su control los nueve meses del embarazo. En la década de los años sesenta no existían perinatólogos o neonatólogos; no había un pediatra sino un médico general, y por supuesto un médico general no tenía los conocimientos que tiene un neonatólogo, por ejemplo. En resumen, la falta de atención de un pediatra como tal era parte del problema de la mortalidad infantil²²⁵.

²²³ Ana Esther Machado de Zúnico. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

²²⁴ María del Valle Espinoza de Suárez. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

²²⁵ Dra. Ofelia Camero de Ruiz. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

Los diagnósticos de defunción, las enfermedades mal definidas y el subregistro de defunciones. Al preguntársele a los médicos vallepascuenses acerca de los diagnósticos de defunción y las enfermedades mal definidas, las opiniones son varias. El Dr. Ron Troconis, quien firmó 22 partidas de defunción en el año 1961, indica que si había un problema era tal vez por ignorancia o flojera de parte del facultativo. Él personalmente era muy estricto en cuanto a los diagnósticos de defunción. Cuando tenía un paciente grave y moría, en la partida de defunción se colocaba la causa por la cual la persona fallecida estaba siendo tratada. A juicio del Dr. Ron Troconis, la negligencia médica fue probablemente una de las principales causas de los diagnósticos imprecisos. Podría ser también por causas no conocidas, porque el médico, o no trató al difunto o se murió de repente. En casos de una muerte súbita, obviamente se desconocía la causa de muerte²²⁶.

Para el Dr. Arzola, la ignorancia del médico, por lo menos al momento de la defunción, jugaba un papel de importancia en cómo se presentaba la causa de muerte en la partida de defunción. Él cita como ejemplo el uso de la expresión “infarto al miocardio” para todo, cuando no siempre era verdad. En las primeras décadas del siglo XX no había electrocardiogramas, por ejemplo, y esto dificultaba los diagnósticos asociados con las enfermedades del corazón. Los diagnósticos de defunción mejorarían eventualmente gracias a las pruebas clínicas. Una de las causas principales de las enfermedades del corazón era el Mal de Chagas, y de esa enfermedad moría mucha gente. La muerte súbita o repentina también dificultaba grandemente el proceso de determinar un diagnóstico preciso de defunción. Según el Dr. Arzola, las muertes repentinas pueden ser por dos causas: la primera por accidente cerebro vascular violento; la otra causa es la circulación ventricular, es decir, corazones que fallan, porque ocurre una fibrilación. Añadió que, «*durante este procesos, el corazón en vez de contraerse, se queda como temblando. La mayoría de esas muertes que indican “murió de repente”, se debe a una fibrilación del corazón*»²²⁷.

²²⁶ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 1 de agosto de 2015.

²²⁷ Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

Según la opinión del Dr. Fernando Aular, los registros de las defunciones debían obedecer a un buen diagnóstico, para saber cuál era la causa exacta de la muerte. Al igual que el Dr. Arzola, el Dr. Aular cita el ejemplo de la muerte súbita, causa de muerte clasificada como Mal Definida en la Clasificación de Bertillón. El Dr. Aular señala que para esa época (década de los años cincuenta y sesenta), en el caso de las personas que morían por muerte súbita o de repente, había que buscar más a fondo la verdadera causa de muerte y formularse muchas preguntas. Por ejemplo, si la persona moría de muerte súbita porque tuvo un paro cardiorrespiratorio, entonces habría que buscar la causa del paro cardiorrespiratorio y formularse muchas preguntas: ¿Era un paciente hipertenso? ¿Era un paciente diabético? ¿Con problemas cerebrales? O sea, pudieron ser muchas las causas de muerte. Pero para esa época no había un diagnóstico exacto. Para 1963, cuando el Dr. Aular llegó al Hospital Guasco, ya había un equipo de rayos X, pero aun así no siempre era fácil indicar el diagnóstico preciso. Por ejemplo, si alguien moría de neumonía, habría que formularse una serie de preguntas, a saber: ¿pero qué tipo de neumonía? ¿era una neumonía por estafilococos o por neumococos, o era una simple tuberculosis? Los diagnósticos eran más que todo clínicos. No había un diagnóstico preciso. En algunos casos, sin embargo, la tarea de encontrar un diagnóstico adecuado se hacía más fácil, más que todo por los síntomas que exhibía el paciente antes de morir. Por ejemplo, una persona que perdía peso, que al toser esputaba sangre, y que en las tardes tuviera fiebre, fácilmente se le diagnosticaba una tuberculosis²²⁸.

Además de los problemas expuestos en determinar la causa de muerte precisa, otro problema asociado a la estadística vital era el subregistro de defunciones, sobre todo en lo que se refiere a la mortalidad infantil. El Dr. Ron Troconis estima que parte del problema asociado con el subregistro de la mortalidad infantil se debía a que no había una ley obligatoria, pero que él sepa, todos los niños que nacían muertos y vivos eran registrados. Sin embargo, el Dr. Ron Troconis asegura haber oído de casos en fincas en el medio rural donde las mujeres abortaban y los niños muertos no se registraban²²⁹.

²²⁸ Dr. Fernando Aular. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 4 de julio de 2015.

²²⁹ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 1 de agosto de 2015.

Obviamente el problema del subregistro no estaba confinado a las defunciones de los menores de un año. Los adultos también eran afectados. El Dr. Arzola señala que muchas personas que iban enfermos al pueblo (Valle de la Pascua) en busca de atención médica, algunos no llegaban vivos y los enterraban en los caminos. De hecho, cada caserío llegó a tener su propio cementerio, aunque casi siempre muy pequeño²³⁰. En muchos de estos casos es de pensar que la defunción no era reportada al Registro Civil del Distrito Infante.

No todo era muerte en el Hospital Guasco de Valle de la Pascua. Este centro médico fue testigo de muchos nacimientos y de la explosión demográfica que experimentó la ciudad entre 1941 y 1961. El Dr. Arzola relata que entre sus pacientes tuvo una señora que parió 23 hijos, de los cuales sobrevivieron 16. La señora era diabética y varios de sus hijos heredaron esa enfermedad. De acuerdo al Dr. Arzola, las mujeres parían mucho porque antes no había más nada que hacer, sino comer en el día y tener relaciones sexuales con la respectiva pareja en la noche. No había mucha diversión. En Valle de la Pascua, las fiestas principales eran el Velorio de Cruz de Mayo, el 24 y 31 de diciembre. Varios factores influían, a juicio del Dr. Arzola, en la alta fertilidad de las mujeres. No había carros y no había un producto ya elaborado para la cocina. Las mujeres andaban a pie y el agua tenían que cargarla en la cabeza. También tenían que pilar, ventear y moler el maíz, y lavar en las orillas de los ríos y planchar ropa. Todas estas faenas y ejercicios contribuían a que a las mujeres se les desarrollara la pelvis, lo cual facilitaba los partos y por lo tanto la tendencia era a parir más. En los años cincuenta y sesenta, de cada cien partos doce eran por cesárea. La Sra. Feliciano Velásquez Anare asiente con lo expresado por el Dr. Arzola²³¹. Nos cuenta que sus partos no tuvieron mayores contratiempos, puesto que los trabajos que ella realizaba a diario, lavar a mano, planchar, pilar maíz, moler, y cargar agua entre otros, le desarrollaban la pelvis y esto facilitaba el parto²³².

²³⁰ Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

²³¹ Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

²³² Feliciano de Jesús Velásquez Anare. Entrevistada por María del Valle Contreras de Ortega, 7 de agosto de 2015.

El Dr. Arzola añadió que las cosas empezaron a cambiar una vez que las comodidades de la vida moderna llegaron a Valle de la Pascua. Aquí figuran la televisión, el transporte, la harina pan (harina precocida) y el agua potable. En el caso del agua potable, antes de 1945 había que ir a la Laguna del Pueblo, la Laguna Luisera y o la Laguna El Rosario a buscar agua y luego cargarla. Al llegar el agua a las casas en 1945, la vida se hizo un poco más fácil para muchas mujeres pues no tenían que realizar tan pesada faena²³³.

Debe destacarse que para 1966, Valle de la Pascua desarrollaba una importante función sanitario-asistencial dentro del marco regional del Guárico Oriental. La ausencia de hospitales y clínicas en el área, había transformado a la ciudad en un centro de gran afluencia de pacientes de las localidades vecinas. Para ese entonces Valle de la Pascua contaba con 80 camas en el Hospital Guasco y aproximadamente 60 camas en clínicas privadas. Esta relativa abundancia de camas colocaba a Valle de la Pascua en una posición envidiable para satisfacer las necesidades médico-asistenciales de una población que rondaba los 40.000 habitantes. También es sabido que las clínicas privadas atendían a las necesidades de un gran número pacientes de otras ciudades y pueblos de la región. Concretamente, un 45,00% de los pacientes de estas clínicas provenían de otras localidades, principalmente Chaguaramas, El Socorro, Las Mercedes, Tucupido y Zaraza. Quizás más importante aún era el hecho de que en 1966, ya se estaba construyendo un nuevo hospital, el Hospital Rafael Zamora Arévalo, el cual tendría 200 camas (León Quijada, 1966:10-11).

²³³ Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 27 de junio de 2015.

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se expondrán los resultados de la investigación realizada, la cual tiene como base una muestra de 1.865 defunciones registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua para 17 años del período 1845-1900 y una muestra de 10.730 defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, para 43 años del período 1893-1961. Para los efectos de esta tesis doctoral, los datos provenientes de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y del Registro Civil del Distrito Infante se combinaron y se definieron dos períodos principales, a saber, 1845-1935 y 1937-1961. El criterio para definir los dos períodos mencionados está basado en las tasas de mortalidad calculadas para Venezuela para gran parte de los años del período 1845-1961 y las tasas de mortalidad que se pudieron calcular para Valle de la Pascua para ciertos años del mismo período. En ambos períodos dichas tasas ofrecen características muy peculiares. Por un lado, las tasas de mortalidad calculadas para ciertos años del período 1845-1935, tanto para Venezuela como para Valle de la Pascua, promedian una tasa anual de mortalidad de más de 20 defunciones por cada mil habitantes y reflejan un patrón de mortalidad antiguo. Esta aseveración cobra más fuerza si se toma en cuenta que es muy probable que las tasas de mortalidad calculadas estén muy por debajo de las tasas reales debido al problema del subregistro. Por otra parte, las tasas de mortalidad de los años del período 1937-1961 están muy por debajo de las 20 defunciones por mil habitantes y reflejan en gran parte los grandes logros médico-sanitarios obtenidos por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a partir de 1936 y hasta cierto punto las mejoras socio-económicas impulsadas en gran parte por la emergente industria petrolera. La tendencia de las tasas de mortalidad durante el período 1937-1961 es definitivamente decreciente, llegando alcanzar, para 1961, una tasa que rondaba entre 7 y 8 defunciones por cada mil habitantes. Dadas estas circunstancias, se consideró adecuado utilizar el criterio expuesto en la definición de los períodos a estudiar.

Por otra parte, se tiene como meta principal en este capítulo estudiar la estructura de la mortalidad general e infantil en Valle de la Pascua, específicamente dando a conocer su frecuencia, distribución y evolución, en el tiempo y en el espacio, en términos de las causas de muerte y las variables demográficas edad y sexo, y así como también el papel de los factores que determinaron dicha mortalidad durante el largo período histórico 1845-1961. También se llevará a cabo un análisis de la evolución de las expresiones diagnósticas de causa de muerte para determinar su uso, desuso y pervivencia a lo largo del período 1893-1961.

Por último, se tiene como meta principal estudiar la intensidad de la mortalidad en Valle de la Pascua y la transición epidemiológica que se estaba gestando en esta ciudad y su relación a la transición epidemiológica que se estaba gestando en la Venezuela entera.

Los objetivos específicos de este capítulo se enumeran a continuación:

Primero, se analizará la mortalidad general de Valle de la Pascua y zonas rurales adscritas administrativamente a ésta durante los períodos 1845-1935 y 1937-1961, utilizando como base las defunciones asentadas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y las defunciones asentadas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. El estudio enfocará la mortalidad por año (1845-1935 y 1937-1961), la distribución geográfica de la mortalidad general (1893-1935 y 1937-1961), desglosándose por defunciones ocurridas en Valle de la Pascua y defunciones ocurridas en zonas rurales adscritas administrativamente a ésta, y las causas de muerte según la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) y la Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.) (1893-1935 y 1937-1961). También será analizará la mortalidad general en términos de las variables demográficas sexo (1845-1935 y 1937-1961), edad categórica (1845-1881) y edad numérica (1888-1935 y 1937-1961).

Segundo, se analizará la evolución de la mortalidad general en Valle de la Pascua a lo largo del período 1845-1961, con particular énfasis en la evolución de la mortalidad general por causas de muerte (1893-1961) y edad (1845-1961). Las variables estado civil y profesión se utilizarán de forma complementaria en la elaboración de este análisis.

Tercero, se analizará la evolución estacional de la mortalidad en términos de la mortalidad por mes (1845-1900, 1893-1935 y 1937-1961), la mortalidad por mes y sexo (1845-1900, 1893-1935 y 1937-1961) y la mortalidad por mes y edad (1845-1881, 1888-1935 y 1937-1961) y la mortalidad por mes y causa de muerte (1893-1935 y 1937-1961).

Cuarto, se analizará la mortalidad infantil en Valle de la Pascua durante los períodos 1888-1935 y 1937-1961, utilizando como base las defunciones asentadas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y las defunciones asentadas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Dicho análisis enfocará la mortalidad infantil por año (1888-1935 y 1937-1961), la distribución geográfica de la mortalidad infantil (1893-1935 y 1937-1961), las causas de muerte (1893-1935 y 1937-1961). También se analizará la mortalidad infantil en términos de las variables

demográficas sexo (1888-1935) y edad (1888-1935). Cabe destacar que el estudio de la mortalidad infantil en esta tesis doctoral se llevará a cabo atendiendo a las categorías comúnmente aceptadas para el estudio de la misma, específicamente mortalidad perinatal (0-6 días), neonatal (7-27 días) y postneonatal (28 días a menos de 12 meses). Por último, también debe destacarse que la periodización utilizada para la mortalidad infantil no sigue el mismo criterio utilizado para la mortalidad general, por cuanto los datos encontrados para el lapso 1845-1881 no presentaron una edad numérica, variable imprescindible para el estudio de la mortalidad infantil. Por lo tanto, nuestro análisis de la mortalidad infantil comienza a partir de 1888.

Quinto, se analizará la evolución de la mortalidad infantil en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961. El análisis se centrará en la evolución de la mortalidad infantil como porcentaje de la mortalidad general (1888-1935 y 1937-1961, la evolución de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal como porcentajes de la mortalidad infantil (1888-1935 y 1937-1961) y la evolución de estas tres categorías de mortalidad infantil en términos de las causas de muerte (1893-1961).

Sexto, se analizará la intensidad de la mortalidad para el año 1942, año en que hubo una sobremortalidad. El análisis de la intensidad de la mortalidad se llevará cabo utilizando el método de Del Panta y Livi-Bacci, considerado como el más idóneo dados los datos disponibles.

Séptimo, se analizará la evolución de las expresiones diagnósticas de causa de muerte encontradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante (1893-1961). Se incluirá dentro de este apartado una ordenación alfabética de las expresiones diagnósticas de causa de muerte, así como también un análisis del uso, desuso y pervivencia de las mismas durante el período estudiado. También se formularán grupos de expresiones diagnósticas según las tendencias nosológicas.

Octavo, se analizará la transición epidemiológica que se gestó en Valle de la Pascua entre más o menos 1948 y 1961 para determinar si se adhiere al *Modelo Tardío* expuesto por Omran, prestándose particular atención a los años de transición, los grupos de edad favorecidos y su relación a lo que ocurrió en toda Venezuela durante el mismo período.

5.1. La mortalidad general en Valle de la Pascua durante el período 1845-1935

Como se verá a continuación, la mortalidad general en Valle de la Pascua durante los dos períodos estudiados presenta características muy peculiares. Por un lado, la mortalidad general del período 1845-1935 presenta todas las características de una mortalidad antigua, donde las enfermedades de naturaleza infecciosa tienden a dominar el patrón epidemiológico de la ciudad, en particular el paludismo, la tuberculosis, neumonía y el grupo compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis. Al mismo tiempo, durante este período existió un significativo subregistro de las defunciones que no se puede ignorar y que afectó sobre todo la mortalidad infantil, en particular la mortalidad perinatal (0-6 días). Como antes mencionado en el capítulo MARCO HISTÓRICO, dicho subregistro, el cual se estima alcanzó un máximo porcentaje de 33,00% durante el lapso 1885-1894, llegando a disminuir a un 24,00% en 1936. Por otro lado, la mortalidad general del período 1937-1961 ofrece una dinámica más compleja donde, aunque todavía figuran enfermedades de naturaleza infecciosa como el grupo compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis y la tuberculosis, el paludismo eventualmente desaparece y las enfermedades del corazón y el cáncer adquieren un papel más prominente. Al mismo tiempo, disminuye paulatinamente el subregistro de defunciones a lo largo de este período y se coloca por debajo del 5,00% para 1961. También, se registran diagnósticos más precisos de la causa de muerte en los menores de un año. Por último, los accidentes de tránsito forman ahora parte del patrón epidemiológico de la ciudad, como consecuencia tanto del crecimiento poblacional como la creciente importancia adquirida por el automóvil en la sociedad vallepasquense.

5.1.1. Las tasas de mortalidad general

En esta sección se presentan las tasas de mortalidad general de Valle de la Pascua para los años censales del período 1845-1935. No fue posible calcular tasas de mortalidad para todos los años de este período debido a la falta de cifras poblacionales fiables para Valle de la Pascua. No obstante, como se aprecia en la tabla 43, las tasas de mortalidad de los años 1873, 1881, 1891, 1920, 1926 y 1936 nos dan una idea acerca de la evolución de la mortalidad general en las dos últimas décadas del siglo XIX y las primeras tres del siglo XX. Resalta la elevada tasa de mortalidad en los años 1881 y 1926. El año 1881 pudo haber sido un año de sobremortalidad. Sin embargo, como se explicará más adelante en el apartado sobre la intensidad de la mortalidad, no se cuenta con cifras de defunciones para los años contiguos a este año, ya sea antes o después, para poder llevar a cabo un análisis cabal y determinar si hubo o no una crisis de mortalidad. En cuanto al año 1926, este año no se incluyó en el análisis de la mortalidad general por no presentar datos completos. Para 1926, sólo se encontró aproximadamente el 69,00% de las partidas de defunción redactadas.

Además, para los años contiguos a 1926, antes y después, no existen cifras de defunciones certificadas por el Jefe Civil. Sin embargo, se incluyó en este estudio la tasa de mortalidad general para 1926 por cuanto sí se contó para este año con la cifra de defunciones certificada por el Jefe Civil, en este caso 354 defunciones, y la cifra poblacional de Valle de la Pascua para ese mismo año. Es difícil ofrecer una razón precisa para explicar la elevada cifra de defunciones de este año. Sí se puede indicar que las enfermedades infecciosas definitivamente jugaron un importante papel en la mortalidad del mismo. De las 246 partidas de defunción encontradas, la causa de muerte indicada en 94 de ellas fue enfermedad mal definida, lo que deja 152 defunciones para las que sí se indicó una causa de muerte (mortalidad diagnosticada). De estas 152 defunciones, 49 de ellas o 32,24% fueron debido a paludismo, mientras que 31 defunciones o 20,39% se debieron al grupo de enfermedades diarrea, enteritis y gastroenteritis.

Tabla 43. Tasas de mortalidad general (TMG) por mil habitantes en Valle de la Pascua. Años 1873, 1881, 1891, 1920, 1926 y 1936.			
Año	Población de Valle de la Pascua	Nº de defunciones	TMG
1873	8.044	169	21,00
1881	10.449	284	27,18
1891	8.949	181*	20,23
1920	8.986	196	21,81
1926	11.053	354	32,03
1936	11.322	223**	19,70

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Censos de Venezuela. Años 1873, 1881, 1891, 1920, 1926 y 1936. Elaboración propia.

* Para obtener esta cifra se tomó el promedio de las cifras de defunciones disponibles y más cercanas al año 1891, en este caso las cifras de defunciones de los años 1881 (284), 1888 (99), 1893 (193) y 1894 (148).

** Para obtener esta cifra se tomó el promedio de las cifras de defunciones disponibles y más cercanas al año 1936, en este caso las cifras de defunciones de los años 1935 (209) y 1937 (236).

En la *Serie de estadísticas para la historia de Venezuela* elaboradas por Izard, se proveen las tasas de mortalidad general de Venezuela para 41 años comprendidos entre 1840 y 1935, las cuales arrojan un promedio de 20,57 por mil, promedio probablemente infravalorado debido al mencionado subregistro. Sobresalen las relativas altas tasas de los años 1885, 1912, 1915, 1918, concretamente 24,50, 24,90, 24,30 y 24,50 por mil. Cabe destacar que 1926 registró la última tasa sobre el 20,00 por mil con un 22,20 por mil y 1935 registró la tasa más baja con un 16,50 por mil. También se incluye la tasa de mortalidad para el año 1936, la cual registró un 17,40 por mil (Izard, 1970:11-12). En cuanto al Estado Guárico, no se cuentan con cifras de defunciones fiables para los años censales del siglo XIX, lo que

impidió calcular tasas de mortalidad. Sin embargo, si aparecen algunas tasas de mortalidad en el *Anuario Estadístico de Venezuela de 1908* para los años 1905, 1906, 1907 y 1908, las cuales registraron 20,23, 18,00, 17,00 y 17,50 por mil respectivamente²³⁴.

Es importante señalar que entre 1890 y 1920, el Estado Guárico experimentó un descenso poblacional de 61.574 habitantes. Según De Armas Chitty, los constantes conflictos bélicos junto con el paludismo, el anquilostomo y el Mal de Chagas fueron mayormente responsables por las pérdidas poblacionales que ocurrieron durante esos 30 años. Por otro lado, los millares de hombres que formaban parte de los varios ejércitos consumían centenares de vacunos todos los días tanto en los pueblos como en el campo. La estancia de tropas en pueblos y campos tenía un efecto negativo, sobre todo por los empréstitos forzosos por parte de los caudillos, los cuales jamás se pagaban y pasaban a ser responsabilidad de comerciantes e industriales. Estas condiciones causaron que la población se diezmará. También, terminada la Primera Guerra Mundial, el precio del ganado sufrió una baja, lo que obligó a los propietarios de hatos a abandonar el llano (De Armas Chitty, 1982:183-184).

5.1.2. La mortalidad general por año (1845-1935)

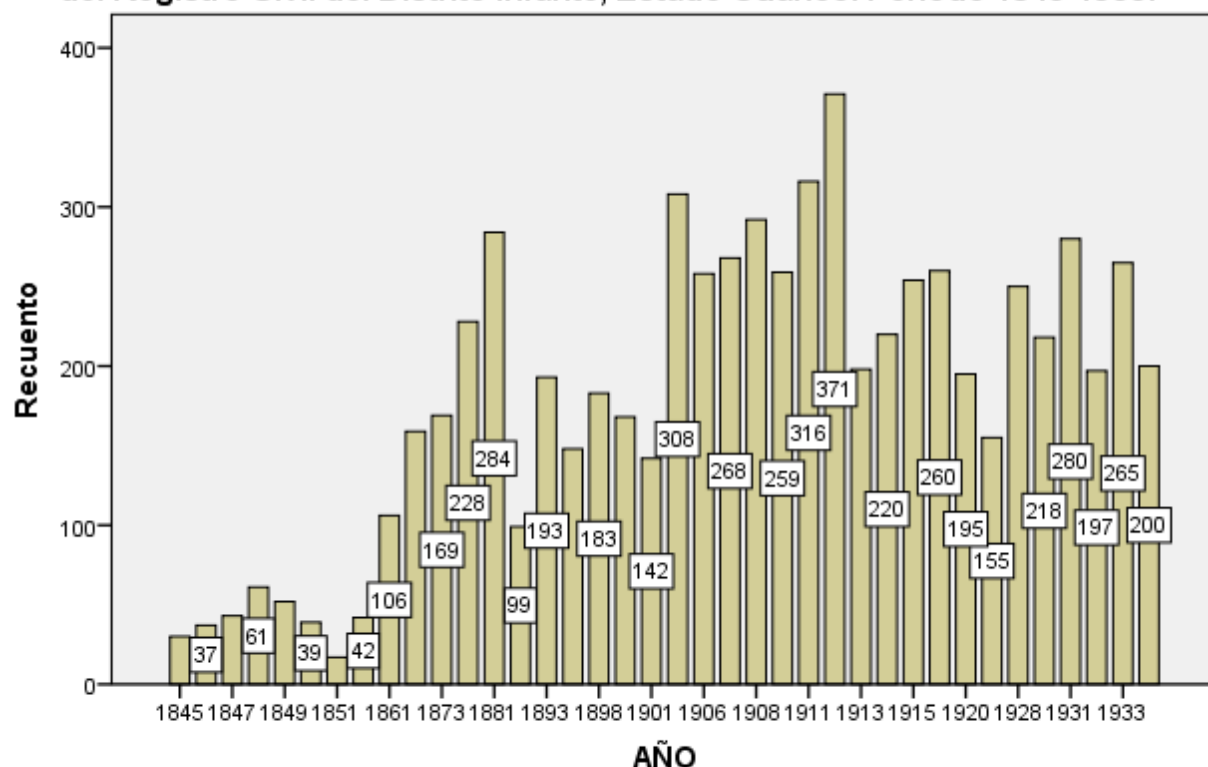
En el gráfico 2 se presentan las defunciones registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico para los 38 años muestrales del período 1845-1935. Para estos años se contabilizaron un total de 6.964 defunciones, de las cuales 1.865 corresponden a los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua (1845-1900) y 5.099 a los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante (1893-1935). Como ya se indicó con anterioridad en el capítulo MATERIAL y MÉTODO, los años muestrales de los libros de entierros de la Iglesia Parroquial son los siguientes: 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1861, 1871, 1873, 1876, 1881, 1888, 1894, 1898 y 1900. Por otra parte, los años muestrales de los libros de defunción son los siguientes: 1893, 1901, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1920, 1925, 1928, 1930, 1931, 1932, 1933 y 1935. El promedio anual de defunciones para el período 1845-1935 fue aproximadamente de 179 defunciones, presentado 1851 el más bajo valor absoluto (17 defunciones) y 1912 el más alto (371 defunciones). En el caso del año 1851, el bajo número

²³⁴ Anuario Estadístico de Venezuela, 1908:119.

de defunciones se debe a un posible subregistro. No se registró ninguna defunción durante los meses de enero, octubre y noviembre. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el libro de entierros para 1851 no presenta páginas extraviadas, por lo que supone que defunciones asentadas son todas las defunciones presentadas ante la Iglesia Parroquial. Por otra parte, aunque las cifras de defunciones para los primeros ocho años del período (1845-1852) son relativamente bajas en comparación a las del resto de los años del período, el patrón de mortalidad que revelan las 321 defunciones asentadas para este lapso es representativo del patrón de mortalidad observado para todo el período 1845-1935. Por ejemplo, la mortalidad masculina excede a femenina, 54,52% versus 45,48%. Además, en lo que se refiere a la variable edad, la mortalidad en los grupos de edad más jóvenes (párvulos y párvulos) es mayor, al acumular el 53,27% del total. Al mismo tiempo, la mortalidad de los párvulos como porcentaje del total para los ocho años del lapso 1845-1852, representó el 31,78%, mientras que la mortalidad de las párvulas sólo representó el 21,50%. Por último, el patrón estacional observado para los ocho años del lapso 1845-1852 presenta a junio y octubre con porcentajes de 15,26% y 10,28% del total de defunciones respectivamente. Este patrón estacional de mortalidad no está muy alejado del patrón estacional de mortalidad para todo el período 1845-1935 y sugiere causas de muerte por enfermedades infecciosas.

En cuanto al año 1912, el elevado número de defunciones se debió principalmente al paludismo, enfermedad responsable del 22,37% de las defunciones de ese año, y el grupo de enfermedades compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis, las cuales fueron responsables del 19,40%. Cabe destacar que 1912 fue el año donde ambas enfermedades registraron el mayor número de defunciones durante todo el período 1893-1935, específicamente 83 defunciones correspondieron al paludismo y 72 a diarrea, enteritis y gastroenteritis, lo que representó respectivamente el 9,43% y 17,48% del total de defunciones por causa de estas dos enfermedades.

Gráfico 2. Distribución anual de las defunciones registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Periodo 1845-1935.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

5.1.3. Distribución geográfica de la mortalidad general (1893-1935)

En la tabla 44 se presenta la distribución geográfica de las defunciones asentadas en el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, para los años muestrales del lapso 1893-1935. No se presenta la distribución geográfica de las defunciones de los libros de entierros, por no proveer las actas de defunción de éstos el lugar de función. Como se aprecia en dicha tabla, Valle de la Pascua acumuló el 55,93% del total de defunciones, mientras que las zonas rurales acumularon un 43,42%. Para un pequeño porcentaje (0,65%), no se pudo determinar el lugar de defunción y por lo tanto, se clasificó como «No consta». Los menores porcentajes de mortalidad en el medio rural apuntan a un subregistro de la misma en los vecindarios adyacentes a Valle de la Pascua, por cuanto en conjunto la población de estos vecindarios fue mayor que la de Valle de la Pascua durante todo el período 1893-1935. Existen algunas estadísticas censales que nos dan una idea sobre la composición urbano-rural de Valle de la Pascua entre 1873 y 1936. El censo de 1873, por ejemplo, arrojó un total de 8.044 habitantes para Valle de la Pascua y vecindarios circundantes. De esta cifra, 1.778 habitantes fueron asignados a Valle de la Pascua y 6.266 a los 35 vecindarios

cercanos a la ciudad, lo que indica una composición urbano-rural de 22,10% y 77,90% respectivamente. Para 1936, los resultados del censo llevado a cabo ese año dieron como resultado una población de 4.870 habitantes para Valle de la Pascua y 6.452 habitantes para los vecindarios adscritos administrativamente a la ciudad. La composición urbano-rural, por lo tanto, era de un 43,01% y 56,99%, lo que parece indicar que se estaba gestando un proceso de urbanización. Para 1936, la población de Venezuela ascendía a 3.364.347 habitantes y la composición urbano-rural del país era aproximadamente de un 34,72% y 65,28% respectivamente (Osorio Álvarez, 1985:55).

Tabla 44. Distribución geográfica de las defunciones asentadas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico (1893-1935).		
Lugar de defunción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Valle de la Pascua	2.852	55,93%
Zonas rurales	2.214	43,42%
No consta	33	0,65%
Total	5.099	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.		

5.1.4. La mortalidad general por causa de muerte (1893-1935)

Como ya se ha visto, la Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.), a diferencia de la C.I.E.-1900, ofrece una clasificación de causa de muerte con un sesgo etiológico. Dicha clasificación ofrece un grupo de grandes causas de muerte, ya sea por causa infecciosa, no infecciosa o mal definida. Al mismo tiempo, la C.M.M. también ofrece un mecanismo que permite clasificar la causa de muerte de una manera más específica, aunque tal vez menos específica que los códigos específicos de la C.I.E.-1900. Queda claro entonces que al utilizar ambas clasificaciones se abre el campo para poder plasmar un perfil epidemiológico, si se quiere, más definitivo. A continuación se presentan la distribución y evolución de la mortalidad general por causa de muerte según la C.M.M., específicamente según los grandes grupos de causas de esta clasificación.

Distribución de la mortalidad general por grandes grupos de causas (C.M.M.). En la tabla 45 se presenta la distribución de la mortalidad general por grandes grupos de causas según la C.M.M. en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1893-1935. Como se aprecia en esta tabla, la mortalidad por enfermedades infecciosas acumuló el mayor porcentaje del total para este período, con un 68,82%. La mortalidad por causas de muerte mal definidas ocupó la segunda casilla con un 18,28% del total, superando ligeramente a la mortalidad por causas de muerte no infecciosas, la cual registró el 12,90%. Cabe destacar que el dominio de las enfermedades infecciosas se extendía a todo el territorio nacional. Por ejemplo, entre 1905 y 1912, las cuatro enfermedades que producían el mayor número de defunciones eran, en orden descendente, paludismo, tuberculosis, disentería y tétanos²³⁵.

En el Estado Guárico durante el lapso 1910-1920, ocurrieron 41.721 defunciones y de ellas 11.721 se clasificaron como mal definidas, lo que arroja una mortalidad diagnosticada de 30.300 defunciones. De la mortalidad diagnosticada, 30.300 defunciones, las principales enfermedades infecciosas como paludismo, disentería, diarrea, enteritis, gastroenteritis, tuberculosis, tétanos y pulmonía representaron aproximadamente el 42,27% del total. En lo que se refiere a las 11.421 defunciones por mal definidas, las cuales representaron el 27,37% del total, tal vez el problema asociado con este diagnóstico de causa de muerte fue de mayor magnitud en el resto del Estado Guárico que en Valle de la Pascua (Landaeta, 1923:189-190).

Tabla 45. Las causas de muerte en Valle de la Pascua por grandes grupos de causas (C.M.M.), 1893-1935.		
Gran grupo de causa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Enfermedades infecciosas	3.509	68,82%
Enfermedades no infecciosas	658	12,90%
Enfermedades mal definidas	932	18,28%
Total	5.099	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.		

A continuación se presenta la distribución de la mortalidad general por causa de muerte según la C.I.E.-1900, en este caso según los grupos de enfermedades de esta clasificación y sus códigos específicos.

²³⁵ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912:303.

Distribución de la mortalidad general por grupos de enfermedades (C.I.E.-1900). En la tabla 46 se presenta las causas de muerte en Valle de la Pascua por grupos de enfermedades (C.I.E.-1900) para los años muestrales del período 1893-1935. Se destacan principalmente los Grupos I (enfermedades generales), XIV (enfermedades mal definidas), IV (enfermedades del aparato respiratorio) y V (enfermedades del aparato digestivo). Estos grupos de enfermedades acumularon el 42,69%, 18,65%, 13,41% y 11,47% del total de defunciones respectivamente. En el caso del Grupo I, el elevadísimo porcentaje refleja el hecho de que este grupo está compuesto de un gran número de enfermedades, las cuales no están necesariamente relacionadas unas con otras, siendo el paludismo y la tuberculosis notables ejemplos.

En lo que se refiere a Venezuela, los *Anuarios Estadísticos de Venezuela* para los años 1908-1912, nos presentan una visión más o menos clara del panorama epidemiológico venezolano. Es de notar que dichos anuarios presentan estadísticas adhiriéndose a la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900). Durante el quinquenio 1905-1909, resalta entre otras cosas el hecho de que para toda Venezuela la mortalidad en los Grupos I, II, IV, V y XIV promedió 46,48%, 12,74%, 8,39%, 10,53% y 11,25% del total de la mortalidad general respectivamente²³⁶.

²³⁶ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1909:519.

Tabla 46. Las causas de muerte en Valle de la Pascua según los grupos de enfermedades de la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (CIE-1900), 1893-1935.		
Grupo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Grupo I – Enfermedades generales	2.177	42,69%
Grupo II – Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	247	4,84%
Grupo III – Enfermedades del aparato circulatorio	220	4,31%
Grupo IV – Enfermedades del aparato respiratorio	684	13,41%
Grupo V – Enfermedades del aparato digestivo	585	11,47%
Grupo VI – Enfermedades del aparato genitourinario y de sus anexos	62	1,22%
Grupo VII – Estado puerperal	72	1,41%
Grupo VIII – Enfermedades de la piel y del tejido celular	12	0,24%
Grupo IX – Enfermedades de los órganos de locomoción	1	0,01%
Grupo X – Vicios de conformación	11	0,22%
Grupo XI – Primera infancia	17	0,33%
Grupo XIII – Afecciones producidas por causas exteriores	60	1,18%
Grupo XIV – Enfermedades mal definidas	951	18,65%
Total	5.099	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.		

Distribución de la mortalidad general por códigos específicos (C.I.E.-1900). En la tabla 47 se presentan las causas de muerte por códigos específicos según el criterio de la C.I.E.-1900 en Valle de la Pascua para los años muestrales del lapso 1893-1935. Sobresalen los códigos 14.1 (enfermedad mal definida), 1.4 (paludismo), 4.7 (neumonía), 1.30 (tuberculosis pulmonar) y 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis). Esto cinco códigos acumularon respectivamente el 18,04%, 17,26%, 10,88%, 10,12% y 8,08% de las 5.099 defunciones encontradas en los libros de defunción del Registro Civil. Cabe destacar que para estos códigos, lo cuales representan el 64,38% de la mortalidad general del lapso estudiado, los porcentajes del total de defunciones tanto para Valle de la Pascua como para las zonas rurales no presentaron mayores diferencias entre sí, siendo las diferencias porcentuales menores del 5,0%. También debe notarse que el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, enfermedades que son parte integral de la *Teoría de la Transición Epidemiológica de Omran*, registraron respectivamente menos del 1,00% y 4,00% del total de defunciones ocurridas en Valle de la Pascua durante los años del período 1893-1935 incluidos en la muestra.

En la tabla 49 se presentan los porcentajes sobre la mortalidad general para las mismas causas de muerte en Valle de la Pascua y durante el mismo lapso 1905-1912. Sólo se excluye el año 1910 por no presentar datos completos. Como se puede apreciar en la tabla 49, los porcentajes de la mortalidad por paludismo son muchos más altos en Valle de la Pascua, sobre todo en los últimos tres años del lapso. Esto es de esperarse dado que Valle de la Pascua era una zona de alta incidencia palúdica. En cuanto a las Mal Definidas, los porcentajes son decididamente más altos en Venezuela que en Valle de la Pascua. Podría influir en este caso el hecho de que Valle de la Pascua contaba al menos con cuatro médicos profesionales durante este lapso, quienes al parecer se esforzaban en determinar una causa de muerte, a juzgar por lo visto en las partidas de defunción. Estos médicos profesionales fueron: Ernesto Díaz Vargas, Guillermo López Borges, Miguel Lorenzo Ron Pedrique y Rafael Zamora Arévalo.

Tabla 49. Las principales causas de muerte en Valle de la Pascua durante el lapso 1905-1912. Porcentajes al total de la mortalidad general para cada año.						
Año/causa de muerte	Paludismo	Mal definida	Neumonía	Tuberculosis	Diarrea, enteritis y gastroenteritis	Disentería
1905	12,34%	5,52%	14,61%	11,69%	8,44%	8,12%
1906	11,24%	2,71%	10,85%	17,05%	9,69%	6,20%
1907	15,30%	0,00%	16,79%	16,42%	6,72%	4,10%
1908	19,86%	2,05%	10,62%	15,75%	8,90%	3,42%
1909	22,39%	1,16%	12,74%	16,99%	7,72%	7,72%
1911	18,35%	0,95%	8,23%	13,61%	11,71%	7,28%
1912	22,37%	0,27%	9,97%	8,09%	19,41%	6,20%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.						

Por otro lado, los porcentajes de neumonía como causa de muerte son más altos para Valle de la Pascua que para Venezuela. Podría ser que en las defunciones por neumonía en Valle de la Pascua se estaban incluyendo otras enfermedades afines como bronquitis y bronconeumonía. Por igual, los porcentajes de tuberculosis como causa de muerte son más altos en Valle de la Pascua que en Venezuela. La pésima alimentación y condiciones de higiene en Valle de la Pascua y su medio rural podrían servir como una explicación razonable. Los porcentajes de diarrea, enteritis y gastroenteritis también son más altos en Valle de la Pascua que en Venezuela. Esto es de esperarse dado el deplorable estado del agua potable en Valle de la Pascua durante el lapso 1905-1912. Por último, los porcentajes de disentería como causa de muerte son en realidad muy parecidos entre Valle de la Pascua y Venezuela, pero se torna difícil explicar el porqué de la relativa semejanza.

5.1.5. Mortalidad general por edad (1845-1935)

La mortalidad general por edad categórica (1845-1881). En la tabla 50 se presenta la distribución de la mortalidad general por edad categórica en Valle de la Pascua para los años muestrales del lapso 1845-1881. Hasta más o menos 1881, los libros de entierro de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua no asignaban una edad numérica al fallecido, utilizándose sólo la descripción párvulo(a) o adulto(a). Como se aprecia en esta tabla, la mortalidad de los párvulos es mayor que la de las párvulas (30,62% vs. 28,97%). Por otra parte, la mortalidad de las adultas superó a la de los adultos (22,25% vs. 17,36%). No queda claro qué significado tenía el término «párvulo» en la segunda mitad del siglo XIX, sobre todo en lo que se refiere al rango de edades. Sin embargo, probablemente incluye niños de edades comprendidas entre cero y cinco años. Por consiguiente, se establece así la existencia de una mortalidad juvenil indefinida que, junto con una mortalidad infantil también indefinida, acumuló casi el 60% del total de defunciones registradas en los años muestrales del lapso 1845-1881.

Aunque existen pocas estadísticas para el lapso comprendido entre 1845 y 1900, Villavicencio nos provee ciertas tasas de mortalidad para el año 1874 en los municipios urbanos y foráneos del Distrito Federal (área de Caracas). Para el grupo de edad «0 a 1 año», este autor calculó una tasa de mortalidad de 199,70 para los municipios urbanos y de 159,60 por mil para los municipios foráneos (Villavicencio, 1877:132-133), lo que nos da una idea de los elevados índices de mortalidad infantil en toda Venezuela. Sin embargo, no es posible establecer una comparación directa con la mortalidad de párvulos y párvulas encontrada en Valle de la Pascua, dada la falta de una edad numérica precisa.

Tabla 50. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por edad categórica (1845-1881).		
Edad categórica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Párvulo	388	30,62%
Párvula	367	28,97%
Adulto	220	17,36%
Adulta	282	22,25%
No consta	10	0,79%
Total	1.267	100,0%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua, Estado Guárico. Elaboración propia.		

La mortalidad general por edad numérica (1888-1935) - En la tabla 51 se presenta la distribución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua para los años muestrales del lapso 1888-1935. Como se aprecia en dicha tabla la mortalidad general tiende a concentrarse en los grupos de edad más jóvenes, en particular los grupos de edad «21-30 años» y «31-40 años», los cuales acumularon los más altos porcentajes del total de

defunciones con un 21,04% y 15,18% respectivamente. El 12,02% acumulado por el grupo de edad «Menos de un año» probablemente acusa un subregistro, lo cual era lo común en toda Venezuela, como se expuso con anterioridad.

Tabla 51. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por grupos de edad numérica (1888-1935).		
Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje %
Menos de un año	613	12,02%
1-5 años	630	12,36%
6-10 años	225	4,41%
11-20 años	635	12,45%
21-30 años	1.073	21,04%
31-40 años	774	15,18%
41-50 años	445	8,73%
51 años y más	637	12,49%
No consta	67	1,31%
Total	5.099	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.		

Mortalidad general por edad numérica y grandes grupos de causas (C.M.M.) - - En la tabla 52 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad (edad numérica) y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1893-1935. Como se aprecia en la mencionada tabla, las enfermedades infecciosas predominan abultadamente en casi todos los grupos de edad, y particularmente, el grupo de edad «21-30 años», en el cual dichas enfermedades causaron el 21,15% de las defunciones.

Tabla 52. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad numérica y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general.				
Grupo de edad/C.I.E.-1900	Mortalidad por enfermedades infecciosas	Mortalidad por causas de muerte no infecciosas	Mortalidad por causas de muerte mal definidas	Total mortalidad general
Menos de 1 año	11,00%	12,01%	15,88%	12,02%
1-5 años	13,79%	5,02%	12,12%	12,36%
6-10 años	4,50%	3,19%	4,94%	4,41%
11-20 años	12,68%	10,49%	12,98%	12,45%
21-30 años	21,15%	21,28%	20,49%	21,04%
31-40 años	15,79%	14,89%	13,09%	15,18%
41-50 años	8,72%	9,57%	8,15%	8,73%
51 años y más	11,23%	21,28%	11,05%	12,49%
No consta	1,14%	2,28%	1,29%	1,31%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

Mortalidad general por edad numérica y códigos específicos (C.I.E.-1900) - En las tablas 53 y 54 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad (edad numérica) y los códigos específicos de la C.I.E.-1900 en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1893-1935. Se destaca el código 1.4 (paludismo) por estar

concentrado en los grupos de edad «1-5 años», «11-20 años», «21-30 años» y «31-40 años», con porcentajes de 18,52%, 17,27%, 20,80% y 11,48% respectivamente. También se destaca la prevalencia de los códigos 4.7 (neumonía) y 1.30 (tuberculosis pulmonar) en los grupos de edad «21-30 años» y «31-40 años», donde acumularon el 23,60% y 22,34% y 37,79% y 23,26% del total de defunciones de esos códigos respectivamente. Por último, se destaca la mortalidad por el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) en los grupos de edad «Menos de un año» y «1-5 años», donde acumuló el 28,40% y 33,98% del total de defunciones de ese código respectivamente.

Tabla 53. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad numérica y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.					
Mes/ C.I.E.-1900	1.4-Paludismo	14.3-Mal Definida	4.7- Neumonía	1.30- Tuberculosis pulmonar	Total mortalidad general
Menos de un año	8,75%	16,09%	3,60%	0,39%	12,02%
1-5 años	18,52%	12,28%	5,41%	1,94%	12,36%
6-10 años	7,50%	5,00%	2,88%	0,19%	4,41%
11-20 años	17,27%	12,72%	11,17%	11,05%	12,45%
21-30 años	20,80%	20,33%	23,60%	37,79%	21,04%
31-40 años	11,48%	13,15%	22,34%	23,26%	15,18%
41-50 años	6,82%	8,04%	12,79%	11,63%	8,73%
51 años y más	7,95%	11,09%	16,03%	12,79%	12,49%
No consta	0,91%	1,30%	2,16%	0,97%	1,31%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

Tabla 54. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad numérica y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.					
Mes/ C.I.E.-1900	5.7-Diarrea, enteritis, gastroenteritis	1.16-Disentería	3.3- Enfermedades del corazón	Otros códigos	Total mortalidad general
Menos de un año	28,40%	2,25%	0,00%	16,84%	12,02%
1-5 años	33,98%	6,31%	0,69%	10,97%	12,36%
6-10 años	3,88%	5,86%	1,38%	4,49%	4,41%
11-20 años	7,04%	11,26%	5,52%	12,77%	12,45%
21-30 años	6,80%	24,32%	20,69%	18,29%	21,04%
31-40 años	5,34%	23,42%	21,38%	14,01%	15,18%
41-50 años	3,88%	10,81%	11,03%	8,56%	8,73%
51 y más años	9,70%	14,41%	37,93%	12,64%	12,49%
No consta	0,97%	1,35%	1,38%	1,45%	1,31%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

5.1.6. Mortalidad general por sexo (1845-1935)

En la tabla 55 se presenta la distribución de la mortalidad general por sexo en Valle de la Pascua en los años muestrales del período 1845-1935. La mortalidad masculina, como era de esperarse, acumuló un mayor porcentaje del total de defunciones que la mortalidad femenina (50,96% vs. 48,89%). En el caso del «No consta», se trata de 10 defunciones registradas en el año 1881, para las que no fue posible determinar el sexo de la persona fallecida.

Tabla 55. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general por sexo en Valle de la Pascua (1845-1935). Porcentajes al total de la mortalidad general.		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Varón	3.549	50,96%
Hembra	3.405	48,89%
No consta	10	0,14%
Total	6.964	100%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua, Estado Guárico. Elaboración propia.		

La mortalidad general por sexo y edad categórica (1845-1881). La mortalidad general por sexo y edad categórica durante el período 1845-1881 ya se trató en el apartado sobre la mortalidad por edad numérica. Ver más arriba.

La mortalidad general por sexo y edad numérica (1888-1935). En la tabla 56 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por edad y sexo en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1888-1935. La inclusión de una edad numérica en las actas de defunción de los libros de entierros de la Iglesia Parroquial posibilitó su fusión con las partidas de defunción del Registro Civil, lo que permitió presentar un cuadro un poco más completo acerca de la mortalidad por edad y sexo. En la mencionada tabla 56 resalta el predominio de los grupos de edad «Menos de un año», «1-5 años», «11-20 años», «21-30 años» y «31-40 años», los cuales acumularon el 12,15%, 12,53%, 12,10%, 20,41% y 14,83% del total de defunciones respectivamente. Por otra parte, tanto para el sexo masculino como para el femenino, los mayores porcentajes de mortalidad se registraron en el grupo de edad «21-30 años», seguido por el grupo de edad «31-40 años». También es notable, el predominio de la mortalidad femenina en los grupos de edad más avanzados. Específicamente, la mortalidad femenina en el grupo de edad «51 años y más» superó a la masculina 14,83% a 11,15%. Por último, también vale la pena también mencionar que el 76,42% de las 5.697 defunciones encontradas para el período 1888-1935 fueron las de personas de edades comprendidas entre 0 y 40 años.

Tabla 56. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y edad numérica en Valle de la Pascua (1888-1935).). Porcentajes al total de cada género y al de la mortalidad general.

Grupo de edad	Sexo		Total mortalidad general
	Varones	Mujeres	
Menos de un año	13,47%	10,74%	12,15%
1-5 Años	12,31%	12,77%	12,53%
6-10 Años	4,46%	4,35%	4,41%
11-20 Años	12,41%	11,75%	12,09%
21-30 Años	20,24%	20,60%	20,41%
31-40 Años	14,56%	15,13%	14,83%
41-50 Años	9,29%	8,34%	8,83%
51 años y más	11,15%	14,83%	12,93%
No Consta	2,11%	1,49%	1,81%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Mortalidad general por sexo y grandes grupos de causas (C.I.E.-1900) – En la tabla 57 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1893-1935. Los varones fueron los más afectados por las enfermedades infecciosas, puesto que acumularon el 52,15% de la mortalidad por esas causas. También se destaca el hecho de que la mortalidad por causas no infecciosas fue más prevalentes en las mujeres que en los hombres. El grupo femenino acumuló el 51,82% del total de defunciones por causas de muerte no infecciosas, mientras que el grupo masculino acumuló el 48,18%. Esto se debió principalmente a que entre las mujeres se registró un mayor porcentaje de defunciones por cáncer y patología perinatal, en este caso, el 84,00% y 93,26% de las defunciones a causa de esas enfermedades respectivamente. La mortalidad por enfermedades mal definidas estuvo más equilibrada entre hombres y mujeres.

Tabla 57. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general.

Grupo de edad/C.I.E.-1900	Mortalidad por enfermedades infecciosas	Mortalidad por causas de muerte no infecciosas	Mortalidad por causas de muerte mal definidas	Total mortalidad general
Varones	52,15%	48,18%	49,46%	51,15%
Mujeres	47,85%	51,82%	50,54%	48,85%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) - En las tablas 58 y 59 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y los códigos específicos de la C.I.E.-1900 en Valle de la Pascua para los años muestrales del período

1893-1935. Se destaca primeramente el mayor porcentaje de defunciones por el código 1.4 (paludismo) entre los varones, en este caso 54,55% del total de defunciones por paludismo. Esto no es sorprendente, puesto que la mayoría de los varones laboraban en el campo y probablemente estaban más expuestos al mosquito transmisor de la malaria. Por igual, las defunciones por el código 4.7 (neumonía) son más frecuentes en los varones, acumulando un 60,72% del total para ese código. En este caso, es posible que los varones estaban más propensos a contraer esta enfermedad al estar más expuestos a la intemperie al llevar a cabo labores agrícolas y pecuarias. En cuanto al código 1.30 (tuberculosis pulmonar), está enfermedad afectó con más frecuencia a las mujeres que a los varones. Del total de 516 defunciones por este código, un 59,88%. Esto tal vez se debió a que las mujeres pasaban muchos más tiempo en el hogar, en viviendas pequeñas con condiciones higiénicas precarias y con un alto grado de hacinamiento.

En el caso del código 5.7 (diarreas, enteritis y gastroenteritis), las mujeres acumularon un mayor porcentaje del total defunciones, específicamente un 52,18% del total versus 47,82% por parte de los varones. En lo que se refiere a estas enfermedades, cuya incidencia muchas veces depende del comportamiento de cada persona, en particular sus costumbres y hábitos higiénicos, es mucho más difícil citar una razón específica por la mayor mortalidad entre las mujeres. Un 19,09% de la mortalidad por diarrea, enteritis y gastroenteritis ocurrió en el grupo de edad «Menos de un año» y un 22,22% en el grupo de edad «1-5 años». Sin embargo, la mortalidad masculina fue superior a la femenina en el grupo de edad «Menos de un año» (54,70% versus 45,30%). La mayor mortalidad femenina por diarrea, enteritis y gastroenteritis durante el período 1893-1935 se explica en gran parte al examinar el grupo de edad «1-5 años» y los grupos de edad de más de 60 años. En el grupo de edad «1-5 años», la mortalidad femenina superó a la masculina 54,29% a 45,71%, mientras que en los grupos de edad de más de 60 años, el 72,00% de las 25 defunciones encontradas correspondieron a mujeres.

Tabla 58. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.					
Mes/ C.I.E.-1900	1.4- Paludismo	14.3- Mal Definida	4.7-Neumonía	1.30- Tuberculosis pulmonar	Total mortalidad general
Varones	54,55%	49,13%	60,72%	40,12%	51,15%
Mujeres	45,45%	50,87%	39,28%	59,88%	48,85%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

Tabla 59. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.

Mes/ C.I.E.-1900	5.7-Diarrea, enteritis y gastroenteritis	1.16- Disentería	3.3- Enfermedades del corazón	Otros códigos	Total mortalidad general
Varones	47,82%	54,95%	53,10%	50,79%	51,15%
Mujeres	52,18%	45,05%	46,90%	49,21%	48,85%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

5.2. La mortalidad general en Valle de la Pascua durante el período 1937-1961.

En este apartado se describirá la mortalidad general en Valle de la Pascua durante el período 1937-1961. En nuestro estudio se incluyeron los años 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1944, 1945, 1947, 1948, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960 y 1961, excluyéndose los años 1943, 1946 y 1949 por presentar registros incompletos. El total de defunciones acumuladas para los años muestrales fue de 5.631.

5.2.1. Las tasas de mortalidad general

En esta sección se presentan las tasas de mortalidad general en Valle de la Pascua para ciertos años del período 1937-1961. Como se aprecia en la tabla 60, las tasas de mortalidad calculadas se centran en los años censales, para los cuales existen cifras poblacionales fiables, específicamente 1941, 1950 y 1961. Las tasas de mortalidad general para estos tres años no difieren significativamente de las tasas calculadas para toda Venezuela. Para esos mismos años, las tasas de mortalidad del país fueron de 16,4, 11,0 y 7,5 por mil habitantes respectivamente. Tanto para Valle de la Pascua como para toda Venezuela la tendencia decreciente de las tasas de mortalidad refleja los grandes logros alcanzados en materia sanitaria por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, sobre todo en lo que refiere a la erradicación del flagelo de la malaria, lo cual jugó un gran papel en la vertiginosa caída de la mortalidad general entre 1936 y 1950.

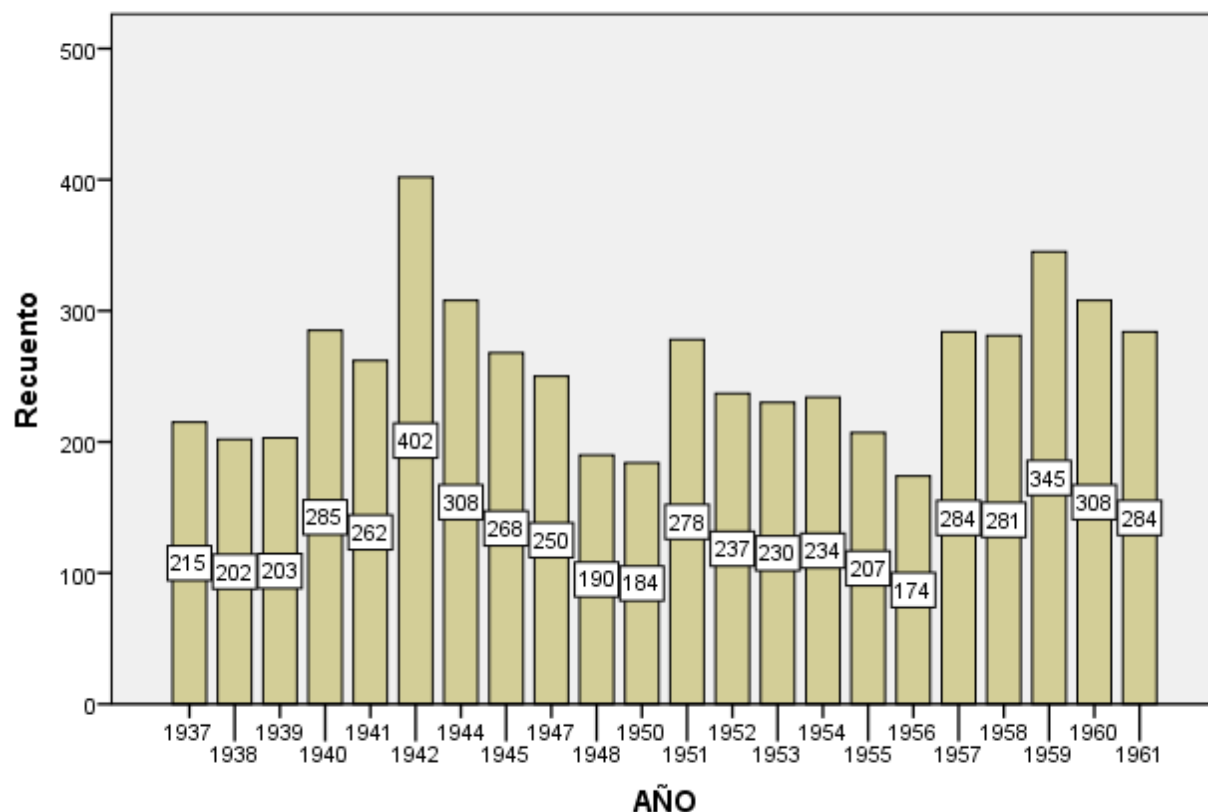
Tabla 60. Tasas de mortalidad general (TMG) por mil habitantes en Valle de la Pascua (1937-1961).			
Año	Población de Valle de la Pascua	Nº de defunciones	TMG
1941	14.563	257	17,65
1950	19.843	169	8,52
1961	33.625	284	8,45
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Anuario Estadístico de Venezuela-Años 1957-1967. Censo de 1961. Elaboración propia.			

5.2.2. Mortalidad general por año

En el gráfico 3 se aprecia la distribución anual de las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, para los años muestrales del período 1937-1961. Se destaca en este gráfico el elevado número de defunciones en los años 1942 y 1959. En lo que se refiere a 1942, la cifra oficial de defunciones, en este caso 414, fue la más alta registrada durante el largo período 1845-1961. Cómo se verá más adelante en el apartado sobre el análisis de la intensidad de la mortalidad, 1942 fue un año de crisis debido principalmente a un temprano brote de enfermedades gastrointestinales. En el caso del año 1959, se destaca una elevada mortalidad por patología perinatal en los menores de un año, específicamente un 20,87%

del total de defunciones, y un aparente brote de bronconeumonía, enfermedad que registró el 8,70% del total de defunciones.

Gráfico 3. Distribución anual de las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Período 1937-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

5.2.3. Distribución geográfica de la mortalidad general

En la tabla 61 se presenta la distribución geográfica de las defunciones asentadas en el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, para los años muestrales del período 1937-1961. Como se aprecia en dicha tabla, Valle de la Pascua acumuló el 82,17% del total de defunciones, mientras que las zonas rurales acumularon un 17,58%. El abultado porcentaje a favor del medio urbano refleja el enorme crecimiento poblacional experimentado por Valle de la Pascua entre 1936 y 1961.

Tabla 61. Distribución geográfica de las defunciones asentadas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico (1937-1961).		
Lugar de defunción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Valle de la Pascua	4.627	82,17%
Zonas rurales	990	17,58%
No consta	14	0,25%
Total	5.631	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.		

5.2.4. La mortalidad general por causa de muerte.

Distribución de la mortalidad general por grandes grupos de causas (C.M.M.). En la tabla 62 se presenta la mortalidad general por grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Como se aprecia en este gráfico, las causas de muerte no infecciosas causaron el mayor número de defunciones, con un 35,32% del total de defunciones. No obstante, las enfermedades infecciosas ocuparon un muy cercano segundo lugar con un 33,92% del total. Las enfermedades mal definidas, aun cuando experimentaron un significativo declive a fines del período, terminaron acumulando un significativo 30,76% del total de defunciones. Estas frecuencias reflejan en cierto modo tanto la transición epidemiológica que se estaba gestando más o menos a partir del año 1948 y el papel todavía significativo que jugaban las enfermedades mal definidas, hasta más o menos 1950.

Tabla 62. Las causas de muerte en Valle de la Pascua por grandes grupos de causas (C.M.M.). Período 1937-1961.		
Gran grupo de causa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Enfermedades infecciosas	1.910	33,92%
Enfermedades no infecciosas	1.989	35,32%
Enfermedades mal definidas	1.732	30,76%
Total	5.631	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.		

Distribución de la mortalidad general por códigos específicos (C.M.M.). En la tabla 63 se presenta la mortalidad general por códigos específicos (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Como se aprecia en dicha tabla, el código 3.0.0.0 (enfermedades mal definidas) ocupó el primer lugar con un 30,76% del total de defunciones. Le siguen los códigos 1.1.2.0 (enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos), 1.2.2.1 (enfermedades infecciosas transmitidas por aire, sólo tuberculosis), 2.6.0.0 (enfermedades del sistema circulatorio), 2.11.1.0 (patología perinatal-parto prolongado), 1.2.2.0 (enfermedades infecciosas transmitidas por aire, excepto tuberculosis) y 2.11.0.0 (patología perinatal-debilidad congénita/muerte intrauterina). Estos seis códigos específicos acumularon el 8,20%, 7,65%, 6,66%, 5,86%, 4,92% y 4,88% del total de defunciones respectivamente.

Los resultados demuestran que una vez erradicadas, en gran parte, las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores, en particular el paludismo, otros grupos de enfermedades tanto infecciosas como no infecciosas pasan a jugar un papel de mayor importancia en el panorama epidemiológico de Valle de la Pascua. Entre estos grupos

figuran las enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos, las enfermedades infecciosas transmitidas por aire y las enfermedades del sistema circulatorio. Sin embargo, la elevada incidencia de causas de muerte por enfermedades mal definidas tiende a ocultar el verdadero impacto de estas enfermedades.

Tabla 63. Las principales causas de muerte en Valle de la Pascua según los códigos específicos de la Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.). Período 1937-1961.		
Código de la C.M.M.	Frecuencia	Porcentaje (%)
1.1.2.0 – Enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos.	462	8,20%
1.2.2.0 – Enfermedades infecciosas transmitidas por aire, excepto tuberculosis.	277	4,92%
1.2.2.1 – Enfermedades infecciosas transmitidas por aire - tuberculosis.	431	7,65%
1.3.0.0 – Enfermedades infecciosas transmitidas por vectores	235	4,17%
2.11.0.0 – Patología perinatal	275	4,88%
2.11.1.0 – Patología perinatal	330	5,86%
2.14.0.0 – Por causas exteriores	245	4,35%
2.6.0.0 – Enfermedades del sistema circulatorio.	375	6,66%
3.0.0.0 – Enfermedades mal definidas	1.732	30,76%
Otros códigos	1.269	22,54%
Total	5.631	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.		

Distribución de la mortalidad general por códigos específicos (C.I.E.-1900). En la tabla 64 se presentan las causas de muerte en Valle de la Pascua por códigos específicos y según el criterio de la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.-1900) para los años muestrales del período 1937-1961. Sobresale en particular tanto el predominio del código 14.3 (enfermedad mal definida) como la visible caída del código 1.4 (paludismo), los cuales registraron 29,64% y 2,54% del total de defunciones. Por otra lado, se destacan los códigos 5.7 (diarreas, enteritis y gastroenteritis), 1.30 (tuberculosis pulmonar) y 3.3 (enfermedad del corazón), los cuales acumularon el 8,19%, 6,85% y 5,74% del total de defunciones y fueron los máximos representantes de la mortalidad diagnosticada.

Tabla 64. Las principales causas de muerte en Valle de la Pascua según los códigos específicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900). Período 1937-1961.

Código de la C.I.E.-1900	Frecuencia	Porcentaje (%)
1.30 – Tuberculosis pulmonar	386	6,85%
1.4 – Paludismo	143	2,54%
1.44- Cáncer gástrico	73	1,30%
1.46 – Cáncer del útero	37	0,66%
1.50- Tumor canceroso	32	0,57%
1.59 – Enfermedad parasitaria	85	1,51%
2.14 – Tétanos infantil	75	1,33%
3.3 – Enfermedades del corazón, excepto arterioesclerosis, angina de pecho e hipertensión arterial	323	5,74%
4.6 - Bronconeumonía	195	3,46%
4.7 – Neumonía	54	0,96%
5.7 – Diarrea, enteritis y gastroenteritis	461	8,19%
6.1 – Nefritis	58	1,03%
11.1- Debilidad congénita	273	4,85%
11.3- Parto difícil o prolongado	205	3,64%
11.4-Parto prematuro/muerte intrauterina	88	1,56%
13.10- Muerte por fractura de cráneo	70	1,24%
13.12 – Muerte por lesión o trauma	59	1,05%
13.22 - Toxicosis	126	2,24%
14.3 – Enfermedad mal definida	1.669	29,64%
Otros códigos	1.219	21,65%
Total	5.631	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

5.2.5. Mortalidad general por edad

En la tabla 65 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Como se aprecia en dicha tabla, el grupo de edad «Menos de un año» se dispara durante este período acaparando el 27,77% del total de defunciones. El espectacular aumento de la mortalidad en el grupo de edad «Menos de 1 año» es seguramente función de la reducción del subregistro de defunciones que era característico de la Venezuela de las últimas décadas del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. Para 1936, este subregistro se estimaba en un 24,00% y para 1961 había descendido a un 14,30% (Páez Celis en Bidegain Greising 1989:59). Al grupo de edad «Menos de un año» le siguen muy lejanamente los grupos de edad «21-30 años», «1-5 años», «31-40 años», los cuales acumularon el 12,41%, 12,20% y 10,74% del total de defunciones respectivamente. Ningún otro grupo de edad acumuló por lo menos el 10,00% del total de defunciones.

Tabla 65. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por grupos de edad. Período 1937-1961.		
Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje %
Menos de un año	1.564	27,77%
1-5 años	687	12,20%
6-10 años	164	2,91%
11-20 años	367	6,52%
21-30 años	699	12,41%
31-40 años	606	10,76%
41-50 años	435	7,73%
51 años y más	1.008	17,92%
No consta	101	1,79%
Total	5.631	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.		

Mortalidad general por edad y grandes grupos de causas (C.M.M.) - - En la tabla 66 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por edad y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. En lo que se refiere a las enfermedades infecciosas, los grupos de edad más afectados fueron «Menos de un año», «1-5 años» y «51 años y más», como lo reflejan los porcentajes del total de mortalidad por enfermedades infecciosas, en este caso, 27,38%, 17,70% y 13,82% respectivamente. En cuanto a la mortalidad por causas de muerte no infecciosas, se destacan los grupos de edad «Menos de un año» y «51 años y más» por acumular respectivamente el 36,40% y 22,98% del total. Por último, la mortalidad por enfermedades mal definidas se concentró mayormente en los grupos de edad «Menos de un año», «21-30 años» y «51 años y más», los cuales registraron el 18,30%, 16,34% y 16,56% del total respectivamente.

Tabla 66. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general.				
Grupo de edad/C.I.E.-1900	Mortalidad por enfermedades infecciosas	Mortalidad por causas de muerte no infecciosas	Mortalidad por causas de muerte mal definidas	Total mortalidad general
Menos de un año	27,38%	36,40%	18,30%	27,77%
1-5 años	17,70%	4,88%	14,55%	12,20%
6-10 años	3,09%	1,61%	4,21%	2,91%
11-20 años	6,60%	6,03%	6,99%	6,52%
21-30 años	11,68%	9,70%	16,34%	12,41%
31-40 años	10,10%	9,80%	12,59%	10,76%
41-50 años	7,64%	7,34%	8,26%	7,73%
51 años y más	13,82%	22,98%	16,56%	17,92%
No consta	1,99%	1,26%	2,19%	1,79%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

Mortalidad general por edad y códigos específicos (C.I.E.-1900) - En las tablas 67 y 68 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por edad y los códigos específicos de la C.I.E.-1900 en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Primeramente, en cuanto al código 14.1 (enfermedad mal definida), los grupos de edad más afectados son los mismos vistos en la tabla 66 para el gran grupo de causa «Enfermedades Mal Definidas» («Menos de un año», «21-30 años» y «51 años y más»). El código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) se concentró mayormente en los grupos de edad «Menos de un año» y «1-5 años», con un 56,40% y 31,89% del total de la mortalidad por este código. Para el código 1.30 (tuberculosis pulmonar) se destacan los grupos de edad «21-30 años» y «31-40 años», con un 25,13% y 24,09% del total de la mortalidad por ese código. El código 3.3 (enfermedad del corazón) se concentró principalmente en el grupo de edad «51 años y más», el cual registró el 48,61% del total de la mortalidad por ese código. Los códigos 11.1 (debilidad congénita), 11.3 (parto prolongado) y 11.4 (muerte intrauterina), como era de esperarse, se concentraron mayormente en el grupo de edad «Menos de un año», con un 95,97%, 84,88% y 100,00% del total de cada código respectivamente, siendo las excepciones, casos donde la madre falleció durante el parto y estos códigos se usaron como causa de muerte. Por último, la mortalidad por el código 1.4 (paludismo) se concentró en los grupos de edad «Menos de un año», «1-5 años» y «21-30 años», con un 15,97%, 20,83% y 20,14% del total respectivamente.

Tabla 67. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.					
Mes/ C.I.E.-1900	14.3-Mal definida	5.7-Diarrea, enteritis, gastroenteritis	1.30- Tuberculosis pulmonar	3.3- Enfermedad del corazón	Total mortalidad general
Menos de 1 año	18,76%	56,40%	0,78%	0,62%	27,77%
1-5 años	14,71%	31,89%	3,11%	0,93%	12,20%
6-10 años	4,35%	1,74%	1,30%	0,93%	2,91%
11-20 años	7,21%	0,87%	8,81%	6,19%	6,52%
21-30 años	16,32%	1,30%	25,13%	9,91%	12,41%
31-40 años	12,33%	1,08%	24,09%	15,17%	10,76%
41-50 años	7,98%	1,30%	17,36%	16,10%	7,73%
51 años y más	16,27%	3,68%	18,13%	48,61%	17,92%
No consta	2,08%	1,74%	1,30%	1,55%	1,79%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

Tabla 68. Distribución porcentual de la mortalidad general por grupos de edad y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.

Mes/ C.I.E.-1900	11.1- Debilidad congénita	11.3- Parto prolongado	1.4- Paludismo	11.4-Muerte intrauterina	Otros códigos	Total mortalidad general
Menos de un año	95,97%	84,88%	15,97%	100,00%	21,09%	27,77%
1-5 años	1,83%	0,49%	20,83%	0,00%	11,68%	12,20%
6-10 años	0,37%	0,00%	9,72%	0,00%	2,90%	2,91%
11-20 años	0,37%	3,41%	11,81%	0,00%	7,87%	6,52%
21-30 años	0,00%	6,34%	20,14%	0,00%	11,97%	12,41%
31-40 años	0,73%	3,41%	9,03%	0,00%	11,10%	10,76%
41-50 años	0,00%	0,98%	3,47%	0,00%	8,16%	7,73%
51 años y más	0,00%	0,00%	4,15%	0,00%	23,42%	17,92%
No consta	0,73%	0,49%	4,86%	0,00%	1,83%	1,79%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico.

Elaboración propia.

5.2.6. La mortalidad general por sexo

Mortalidad general por sexo - En la tabla 69 se presenta la distribución de la mortalidad general por sexo en Valle de la Pascua en los años muestrales del período 1937-1961. La mortalidad masculina, una vez más, supera a la mortalidad femenina por un margen relativamente holgado (54,09% vs. 45,91%), lo cual no es sorprendente dada la universalidad de la mortalidad masculina en el grupo de edad «Menos de 1 año».

Tabla 69. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo en Valle de la Pascua. Período 1937-1961.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Varones	3.046	54,09%
Mujeres	2.585	45,91%
Total	5.631	100,00%

Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua, Estado Guárico. Elaboración propia.

Mortalidad general por sexo y edad - En la tabla 70 se presenta la distribución de la mortalidad general por edad y sexo en Valle de la Pascua en los años muestrales del período 1937-1961. Como se aprecia en dicha tabla, la mortalidad masculina se concentra en los grupos de edad «Menos de un año» y «51 años y más», con un 31,81% y 15,50% del total respectivamente. Por igual, la mortalidad femenina se concentra en esos mismos grupos de edad, registrando un 23,02% y 20,73% del total respectivamente.

Tabla 70. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y grupos de edad en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general.

Grupo de edad	Sexo		
	Varones	Mujeres	Total
Menos de un año	31,81%	23,02%	27,77%
1-5 Años	12,25%	12,15%	12,20%
6-10 Años	3,15%	2,63%	2,91%
11-20 Años	5,81%	7,35%	6,52%
21-30 Años	11,26%	13,77%	12,41%
31-40 Años	10,01%	11,64%	10,76%
41-50 Años	8,31%	7,04%	7,73%
51 años y más	15,50%	20,73%	17,92%
No Consta	1,90%	1,66%	1,79%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Mortalidad general por sexo y grandes grupos de causas (C.M.M) – En la tabla 71 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Los varones, al igual que durante el período 1893-1935, fueron los más afectados por las enfermedades infecciosas, puesto que acumularon el 53,93% de la mortalidad por esas causas. La mortalidad por causas de muerte no infecciosas también afectó más al grupo masculino que el femenino, registrando un 57.42% del total de defunciones por esas causas. Esto se debe específicamente a la mortalidad por patología perinatal, la cual impactó mucho más a los varones. Similar a lo ocurrido durante el período 1893-1935, la mortalidad por enfermedades mal definidas estuvo más equilibrada entre hombres y mujeres.

Tabla 71. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general.

Grupo de edad/C.I.E.-1900	Mortalidad por enfermedades infecciosas	Mortalidad por causas de muerte no infecciosas	Mortalidad por causas de muerte mal definidas	Total mortalidad general
Varones	53,93%	57,42	50,46%	54,09%
Mujeres	46,07%	42,58%	49,54%	45,91%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) - En las tablas 72 y 73 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y los códigos específicos de la C.I.E.-1900 en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. El código 14.1 (enfermedad mal definida) registró porcentajes muy similares tanto en el grupo masculino como en el femenino, específicamente un 49,97% y 50,03 del total respectivamente. En cuanto a la mortalidad diagnosticada, el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) afectó más a los varones que a las mujeres, registrando un

51,41% del total versus 48,59%. Para el código 1.30 (tuberculosis pulmonar), la mortalidad femenina acumuló un porcentaje de 54,15% del total de defunciones por este código. Las razones para ello ya fueron expuestas con anterioridad, aunque debe destacarse que en estudios realizados para toda Venezuela en la primera parte de la década de los cuarenta, se distinguió una alta mortalidad femenina por tuberculosis en los grupos de edad «10-19 años» y «20-29 años», la cual se estimaba tenía un origen biológico, mientras que en el mismo estudio se detectó una alta mortalidad por la misma enfermedad en el grupo masculino a partir de los 30 años y cual se creía tenía un origen ambiental (Benarroch, 1944:724).

Por otra parte, el código 3.3 (enfermedad del corazón) afectó principalmente a los varones, acumulando un significativo 55,11% del total de defunciones por ese código. Por último, sobresalen los abultados porcentajes de la mortalidad masculina en los códigos 11.1 (debilidad congénita), 11.3 (parto prolongado) y 11.4 (muerte intrauterina/parto prematuro), específicamente acumulando un 66,30%, 62,93%, 71,59% del total de esos códigos y destacando una vez más la hipermortalidad de los varones y su susceptibilidad a la patología perinatal. También es notable, la mayor mortalidad masculina por el código 1.4 (paludismo), la cual registró un 61,81% del total de defunciones por ese código.

Tabla 72. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua y zonas rurales. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.

Sexo/ C.I.E.-1900	14.3-Mal definida	5.7-Diarrea, enteritis, gastroenteritis	1.30- Tuberculosis pulmonar	3.3- Enfermedad del corazón	Total mortalidad general
Varones	49,97%	51,41%	45,85%	55,11%	54,09%
Mujeres	50,03%	48,59%	54,15%	44,89%	45,91%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico.
Elaboración propia.

Tabla 73. Distribución porcentual de la mortalidad general por sexo y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua y zonas rurales. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.

Sexo/ C.I.E.-1900	11.1- Debilidad congénita	11.3- Parto prolongado	1.4- Paludismo	11.4-Muerte intrauterina	Otros Códigos	Total mortalidad general
Varones	66,30%	62,93%	61,81%	71,59%	55,65%	54,09%
Mujeres	33,70%	37,07%	38,19%	28,41%	44,35%	45,91%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico.
Elaboración propia.

5.3. Evolución de la mortalidad general

Como se verá a continuación, la evolución de la mortalidad general en Valle de la Pascua durante el período 1893-1961 se caracteriza por el descenso gradual de la mortalidad por enfermedades infecciosas, la cual dio paso a la mortalidad por causas de muerte no infecciosas en la segunda mitad de la década de los cincuenta. Dicho descenso fue en gran parte posible gracias a la caída definitiva del paludismo en los últimos años de la década de los cuarenta, mientras que el ascenso de la mortalidad por causas no infecciosas se debió principalmente a un mejor diagnóstico y/o registro de la mortalidad por patología perinatal y la mayor incidencia de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes, sobre todo accidentes de tránsito. Al mismo tiempo, aunque hubo un cambio definitivo en la estructura de la mortalidad general por edad, específicamente un marcado incremento en la mortalidad general del grupos «50 años y más», acompañado por un descenso en los grupos de edad comprendidos entre «6-10 años» y «31-40». La mortalidad del grupo de edad «Menos de 1 año» acusó un mejor registro, en particular la mortalidad perinatal (0-6 días), lo cual dio como resultado cifras absolutas más altas que en previas décadas y ayudó a cimentar la idea de una transición epidemiológica inacabada. Por último, el marcado uso del diagnóstico «Enfermedad Mal Definida» durante casi todo el período 1893-1961 impidió, hasta cierto punto, plasmar un perfil epidemiológico definitivo para Valle de la Pascua.

Un gran número de factores jugaron un papel de importancia en la mortalidad general de Valle de la Pascua durante el período estudiado. En su obra la *Geografía Médica de Cazorla*, población situada en el sur del Estado Guárico, y publicado en 1949, Fernando Monroy Pittaluga destacó tres principales factores que, de una manera u otra, jugaban un papel de importancia en el panorama epidemiológico de ese pueblo. Dadas las similitudes en términos de geografía, clima y entorno económico y sociocultural, no cabe duda alguna que los factores enumerados por Monroy Pittaluga estaban presentes tanto en Valle de la Pascua como en el medio rural cercano a la ciudad. Los tres factores eran: factores de orden médico-sanitario; factores de carácter económico-social; factores de índole educacional. Específicamente los factores de orden medico-sanitario incluían los diversos parásitos intestinales y los protozoarios del género *Plasmodium*. También figuraban los vectores de enfermedades tales como moscas, pulgas, garrapatas, mosquitos y triatomídeos y los vehículos de enfermedades tales como basuras, aguas y alimentos contaminados. También eran de suma importancia la ausencia de acueductos, letrinas, drenajes y rellenos en zonas anegadizas. En cuanto a los factores de carácter económico-social figuraban la escasez de los alimentos y las inadecuadas viviendas y vestuarios. Por último, los factores de índole

educacional incluían el analfabetismo, la superstición, el curanderismo y la ignorancia de los principios elementales de la higiene. (Monroy Pittaluga, 1949:173-174).

Por otra parte, si se singulariza al medio rural en el Estado Guárico durante el período estudiado y se trata de encontrar las principales causas o factores que contribuyeron a la mortalidad general e infantil, podemos citar lo enumerado por Julio De Armas en su estudio sobre la insalubridad en el Estado Guárico a mediados de los años cuarenta. Este autor cita una serie de causas que fácilmente se podrían aplicar también al medio urbano. Ellas son las causas geográfico-económicas, sociales, culturales y patológicas. Las causas *geográfico-económicas* incluyen el latifundio, la despoblación y la falta de buenas vías de comunicación. Entre las *causas sociales* figuran el incremento de la ilegitimidad y su negativo efecto en la infancia desvalida, los malos hábitos higiénicos de las personas, el tipo arquitectural y anti-sanitario de la vivienda rural (esta causa se consideraba responsable por la transmisión del 50,00% de las enfermedades). También se citan los bajos salarios del proletariado guariqueño, los cuales a finales de la década de 1930 oscilaban entre 2 a 3 bolívares diarios dependiendo si el obrero era o no alimentado por el patrón. Las *causas culturales* incluyen el analfabetismo, la superstición, la ignorancia, la incultura de las masas y curanderismo. De Armas aseguraba que el campesino creía más en el “daño”, “Mal de Ojo” que en los médicos. La educación sanitaria se hacía imprescindible, necesiéndose formar una consciencia higiénico-sanitaria. Por último las causas patológicas, divididas en dos categorías, incluían: *causas predisponentes* – alimentación, intoxicaciones exógena (alcohol y tabaco), insalubridad de la vivienda, hábitos antihigiénicos de vida, trabajo fatigante. Se prestaba particular atención al factor alimentación, por cuanto se consideraba insuficiente en cantidad y calidad. Dicha alimentación, la cual era casi uniforme para todos los guariqueños, era preferentemente a base de proteínas vegetales y de hidratos de carbono, pero muy pobre en albúminas animales, grasa y vitaminas. Escaseaban también los elementos minerales esenciales. Debe notarse que existían algunas variaciones de acuerdo a las regiones del Estado. Por ejemplo, en las zonas del norte y del sur, era donde se obtenía un tipo de mejor alimentación y un estándar de vida más económico. Por otra parte, el agua y la leche de consumo se consideraban de pésima calidad higiénica, y este último alimento figuraba muy poco en la ración del habitante de Guárico. Por último, las *causas determinantes específicas* incluían las infecciones microbianas y parasitarias. Muchas personas exhibían poliparasitismo y polimicrobismo. Por ejemplo, dichas personas sufrían de lo que se denominaba la trilogía patológica de Torrealba (paludismo, anquilostomiasis y enfermedad de Chagas) (De Armas, 1944:55-56). Torrealba fue un médico guariqueño de gran renombre en Venezuela, quien realizó un sinnúmero de investigaciones relacionadas

tanto con enfermedades infecciosas como no infecciosas (véase Torrealba, 1932; Torrealba, 1933; Torrealba, 1935; Torrealba, 1935; Torrealba, 1943; Torrealba, 1943; Torrealba 1949).

Otros dos factores que probablemente jugaron un papel de relativa importancia en la mortalidad general de Valle de la Pascua fueron las variables profesión y estado civil. Muchos aspectos de la economía de Valle de la Pascua se manifiestan a través de las partidas de defunción. A juicio de Pérez Puchal, las partidas de defunción permiten atisbar la composición profesional de la población directamente relacionada con la economía local (Pérez Puchal, 1973:26). Usando este criterio, las partidas de defunción del período 1893-1935 revelan que los pobladores vallepascuenses eran primordialmente agricultores, jornaleros, labradores, arrieros y comerciantes, en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, éstas en gran mayoría desempeñaban labores domésticas. En lo que se refiere a la profesión y durante el período 1893-1961, la mortalidad por enfermedades infecciosas es mayor en todas las categorías de profesión, sobresaliendo por un lado la profesión «agricultor» donde las enfermedades infecciosas fueron responsable por la muerte de por lo menos un 45,80% de éstos, y por otro lado la variable «comerciante» donde parece haber existido un mejor equilibrio entre enfermedades infecciosas y no infecciosas, específicamente por lo menos un 42,86% de los comerciantes murieron a causa de enfermedades infecciosas y un 41,67% por causas no infecciosas. Esto era de esperarse, si se considera que los comerciantes probablemente estaban menos expuestos a las infecciones microbianas y parasíticas.

En cuanto a la variable estado civil, al analizarse los resultados de las partidas de defunción del período 1893-1961 y compararse la mortalidad entre adultos solteros, adultos casados, viudos y divorciados, llama la atención los altos porcentajes de mortalidad en los solteros (adultos) y solteras (adultas) por enfermedades infecciosas. Específicamente, los solteros (adultos) y solteras (adultas) acumularon el mayor porcentaje de la mortalidad por enfermedades infecciosas para todo el período con un 34,16% y 31,79% del total respectivamente. Se excluye de este total la mortalidad de los solteros menores de edad y las partidas de defunción donde no se indicó el estado civil del fallecido. También sobresale la mortalidad por causas de muerte no infecciosas en las solteras (adultas), quienes acumularon el mayor porcentaje del total para todo el período, acumulando el 29,81% del total, el cual excluye la mortalidad de los solteros menores de edad y las partidas de defunción donde no se indicó el estado civil del fallecido. Este porcentaje concuerdan con el hecho de que las mujeres solteras acumularon el mayor porcentaje de mortalidad por cáncer y tumores y por enfermedades del sistema circulatorio, en este caso el 39,20% y

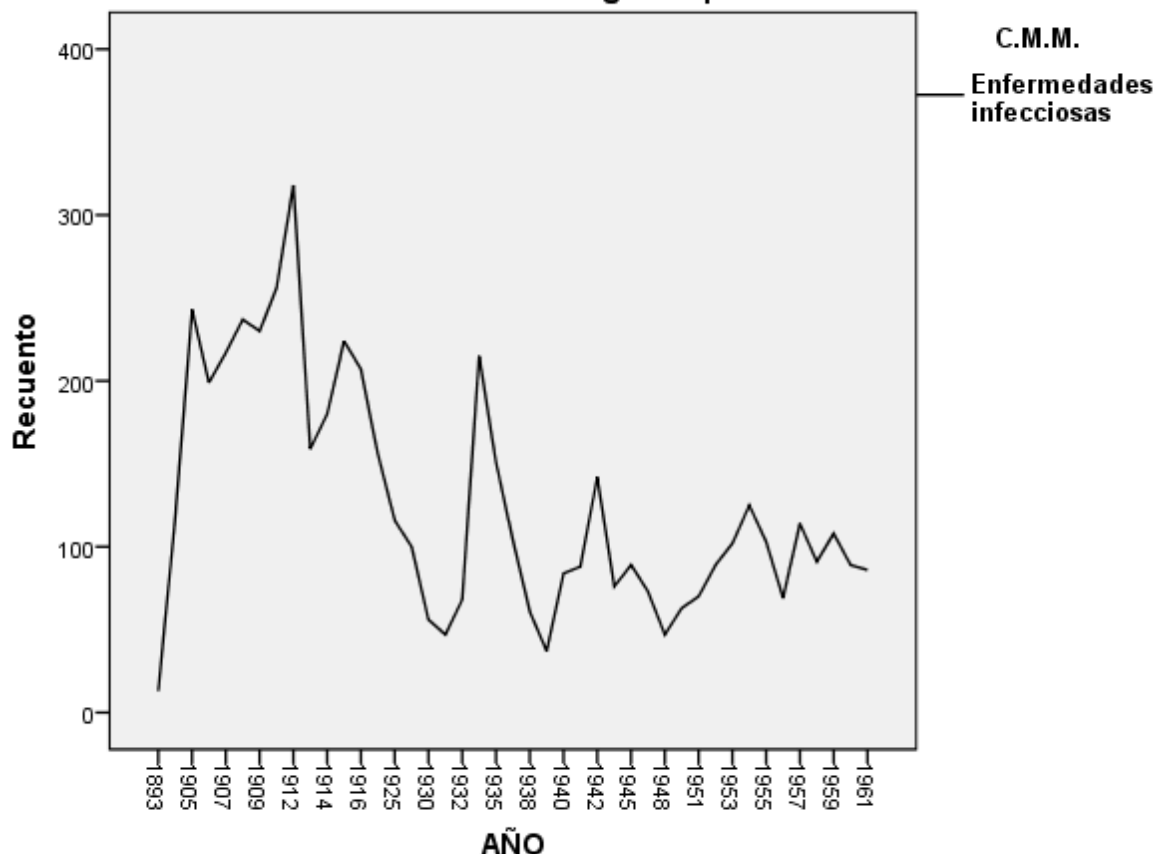
26,92%, del total de esas enfermedades para todo el período respectivamente. Al igual que en el caso de la mortalidad por enfermedades infecciosas, en calcular estos porcentajes se excluyó en cada caso la mortalidad de los solteros menores de edad y las partidas de defunción donde no se indicó el estado civil del fallecido.

5.3.1. Evolución de la mortalidad general por causa de muerte (1893-1961)

En el gráfico 4 se presenta la evolución de la mortalidad general por enfermedades infecciosas a lo largo del período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 5.419 defunciones por enfermedades infecciosas, lo que representa un promedio anual de 126,02 defunciones. Todos los años del lapso 1905-1916 presentaron un cuadro de mortalidad por enfermedades infecciosas muy por encima de este promedio, sobresaliendo en particular el año 1912, cuando las mismas acumularon el 85,71% del total de defunciones para ese año y el mayor porcentaje del total de defunciones por enfermedades infecciosas. Debe señalarse también que la alta incidencia de mortalidad por enfermedades infecciosas durante el lapso 1905-1916 se debió principalmente al paludismo y al grupo de enfermedades compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis. Durante el lapso 1905-1916, el paludismo registró el 67,16% del total de mortalidad por esa enfermedad durante el período 1893-1935, mientras que el grupo de enfermedades compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis registró el 76,94% del total de mortalidad por esas enfermedades para el mismo período. También mostraron cifras de defunciones por encima del mencionado promedio, los años 1920, 1933, 1935 y 1942. Después de 1942, las cifras de defunciones por enfermedades infecciones no vuelven a sobrepasar el promedio, lo que indica que ese estaba gestando una transición epidemiológica que, aunque parcial como se verá más adelante, fue agilizada por erradicación de la malaria en la segunda parte de la década de los cuarenta. Para los años muestrales del lapso 1901-1925, las enfermedades infecciosas muestran un dominio absoluto en el panorama epidemiológico de Valle de la Pascua, promediando específicamente un 81,49% del total de defunciones. Decaen durante el lapso 1928-1932, debido al uso indiscriminado del diagnóstico «Mal Definida», promediando tan sólo un 29,25% del total de defunciones para los años 1928, 1930, 1931 y 1932. Vuelven a la carga una vez más entre 1933 y 1937 promediando un 68,33% del total de defunciones para los años 1933, 1935 y 1937. Entre 1938 y 1961, las enfermedades infecciosas como causa de muerte experimentan una baja sensible, promediando sólo un 33,61% del total de defunciones para los 21 años muestrales de este período. Sólo en 1954, el porcentaje de defunciones por enfermedades infecciosas sobrepasó el 50,00% del total de defunciones, específicamente el 53,42%. Esto se debió mayormente a una elevada mortalidad por los códigos 1.30 (tuberculosis pulmonar) y 5.7

(diarrea, enteritis y gastroenteritis), enfermedades que fueron responsables del 12,89% y 12,39% del total de defunciones para ese año.

Gráfico 4. Evolución de la mortalidad general por enfermedades infecciosas en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Aunque es difícil cuantificar las cifras precisas, las enfermedades infecciosas, en particular el paludismo, jugaron un papel importante en el despoblamiento que ocurrió en el Estado Guárico en las primeras dos décadas del siglo XX. En 1915 el Estado Guárico contaba con 184.184 habitantes y para el año 1920 no tenía sino 148.532, dando una diferencia en contra de 35.652 en cinco años. Entre 1910 y 1920, la cifra de nacimientos llegó a 34.488, mientras que la de defunciones alcanzó 37.595 (Rísquez, 1921:196). Por supuesto, existieron otras razones por las cuales hubo un despoblamiento del Estado Guárico, notablemente los conflictos bélicos. Este tema se trató en el capítulo MARCO HISTÓRICO.

En cuanto a Venezuela, durante el período 1905-1912, las enfermedades infecciosas promediaron aproximadamente un 56,03% del total de la mortalidad general²³⁷. Para 1925 el 56,55% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía a las enfermedades infecciosas, lideradas por el paludismo con un 12,60% del mismo total (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Cabe destacar que las primeras 25 causas de muerte en Venezuela fueron responsables de un total de 42.564 defunciones, lo que lo representa el 82,20% de las 51.782 registradas en Venezuela para 1925 (Izard, 1970:12). Como ya se ha expresado con anterioridad, para 1950 las enfermedades infecciosas representaban aproximadamente el 42,79% de la mortalidad diagnosticada y el 22,14% de la mortalidad total²³⁸. Para 1951 sólo un 20,32% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía a las enfermedades infecciosas, siendo el grupo de gastritis, duodenitis, enteritis y colitis la primera causa de muerte por enfermedades infecciosas con un porcentaje de 5,49% del mencionado total (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099-2.100). Finalmente, para 1961 las enfermedades infecciosas representaban aproximadamente el 24,33% de la mortalidad diagnosticada y el 17,19% de la mortalidad total²³⁹.

En el gráfico 5 se presenta la evolución de la mortalidad general por causas de muerte no infecciosas a lo largo del período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 2.647 defunciones por causas de muerte no infecciosas, lo que representa un promedio anual de 61,56 defunciones. Ningún año del período sobrepasa este promedio hasta 1951 y desde ese año en adelante todos los años sobrepasan el mismo, sobresaliendo el año 1960, durante el cual la mortalidad por causas de muerte no infecciosas acumuló el 64,94% del total de defunciones para ese año. Esto pone de relieve el dominio ejercido por las enfermedades infecciosas durante casi todo el período, un dominio que no fue quebrantado hasta la erradicación del paludismo alrededor de 1950. Entre 1901 y 1928, la mortalidad por causas de muerte no infecciosas promedió un 15,65% del total de defunciones. Al igual que la mortalidad por enfermedades infecciosas, la mortalidad por causas de muerte no infecciosas fue impactada por el uso excesivo del diagnóstico «Mal Definida» durante el lapso 1928-1932, promediando sólo un 5,43% del total de defunciones.

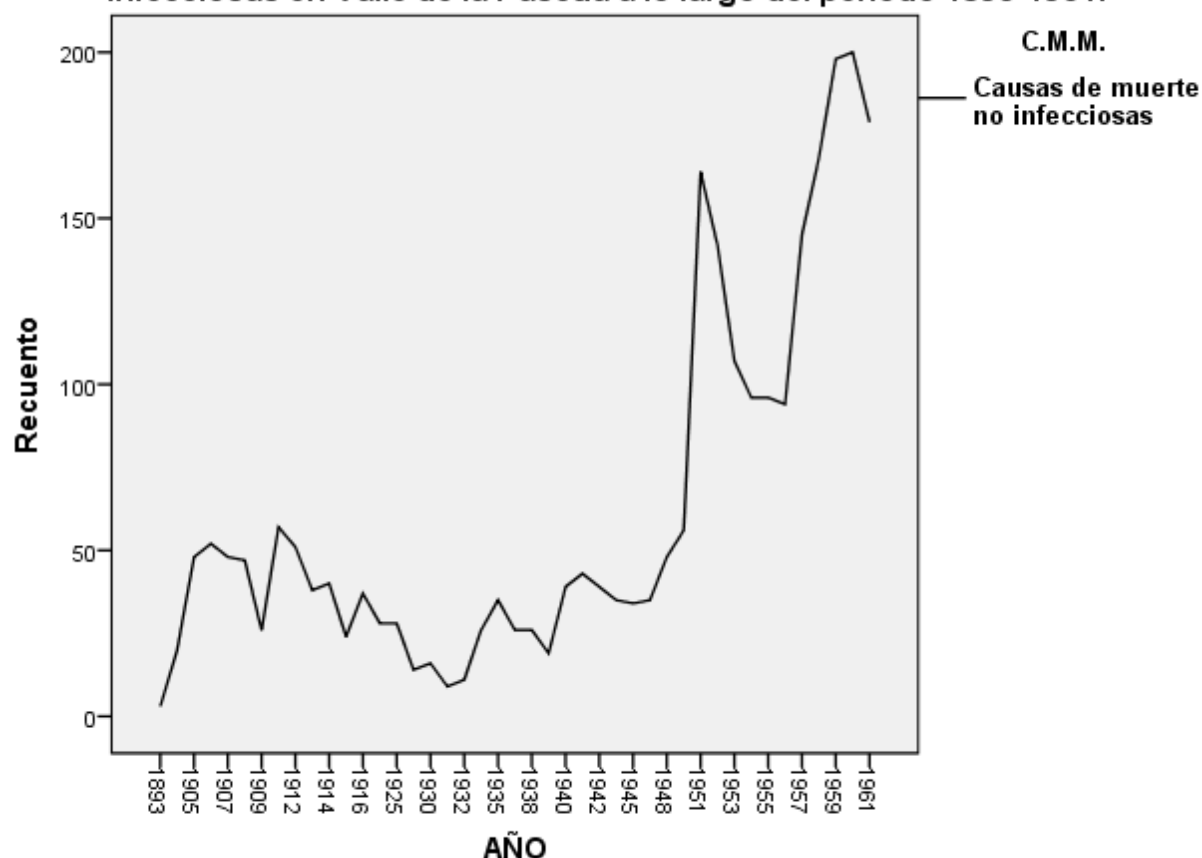
²³⁷ Anuario Estadístico de Venezuela, 1912.

²³⁸ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1950.

²³⁹ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

Entre 1933 y 1947, la mortalidad por causas de muerte no infecciosas sólo figura modestamente en el panorama epidemiológico de Valle de la Pascua promediando un 12,48% del total de defunciones. Sin embargo, a partir de 1948 y hasta 1961 la mortalidad por causas de muerte no infecciosas experimenta un vertiginoso ascenso promediando un 50,67% del total de defunciones para los 13 de años de ese lapso, el cual no incluye a 1949. Se destacan en particular los altísimos porcentajes de los años 1960 y 1961, durante los cuales la mortalidad por causas de muerte no infecciosas representó un 64,94% y 63,03% del total de defunciones respectivamente. Sin embargo, debe tomarse en consideración que un gran porcentaje de la mortalidad por causas de muerte no infecciosas corresponde a la patología perinatal que afectaba a los menores de un año. Para hacer hincapié sobre este punto nos apoyamos en los porcentajes del total de defunciones por causas de muerte no infecciosas partir de 1948. Específicamente, entre 1948 y 1961, el promedio porcentual del total de defunciones por mortalidad por patología perinatal representó aproximadamente el 28,62% de las 1.693 defunciones por causas no infecciosas ocurridas durante ese lapso, mientras que para las otras importantes causas de muerte no infecciosas según la C.M.M., en este caso las enfermedades del sistema circulatorio, causas exteriores y cáncer y tumores, los promedio porcentuales para el mismo período fueron de 19,27%, 12,97% y 8,49% respectivamente. Esta brecha se agiganta durante el quinquenio 1957-1961, cuando las causas de muerte en los menores de un año por patología perinatal promedia un 35,09%, mientras que para las enfermedades del sistema circulatorio, causas exteriores y cáncer y tumores los promedios porcentuales del total de defunciones fueron 14,98%, 12,27% y 10,25% respectivamente. Esto apunta a una transición epidemiológica inacabada o parcial, todavía por culminar, que es precisamente lo que Omran expone en su *Modelo Tardío* en relación a los países en vías de desarrollo como Venezuela.

Gráfico 5. Evolución de la mortalidad general por causas de muerte no infecciosas en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En el caso de Venezuela, durante el período 1905-1912, la mortalidad por causas de muerte no infecciosas promedió aproximadamente un 15,88% del total de la mortalidad general²⁴⁰. Para 1925 el 12,25% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía a la mortalidad por causas de muerte no infecciosas, estando las enfermedades orgánicas del corazón a la cabeza de éstas con 3,11% del mismo total (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Para 1950 la mortalidad por causas de muerte no infecciosas representaba aproximadamente el 36,05% de la mortalidad diagnosticada y el 22,14% de la mortalidad total²⁴¹. Finalmente, para 1961 la mortalidad por causas de muerte no infecciosas representaba aproximadamente el 33,10% de la mortalidad diagnosticada y el 23,39% de la mortalidad total²⁴².

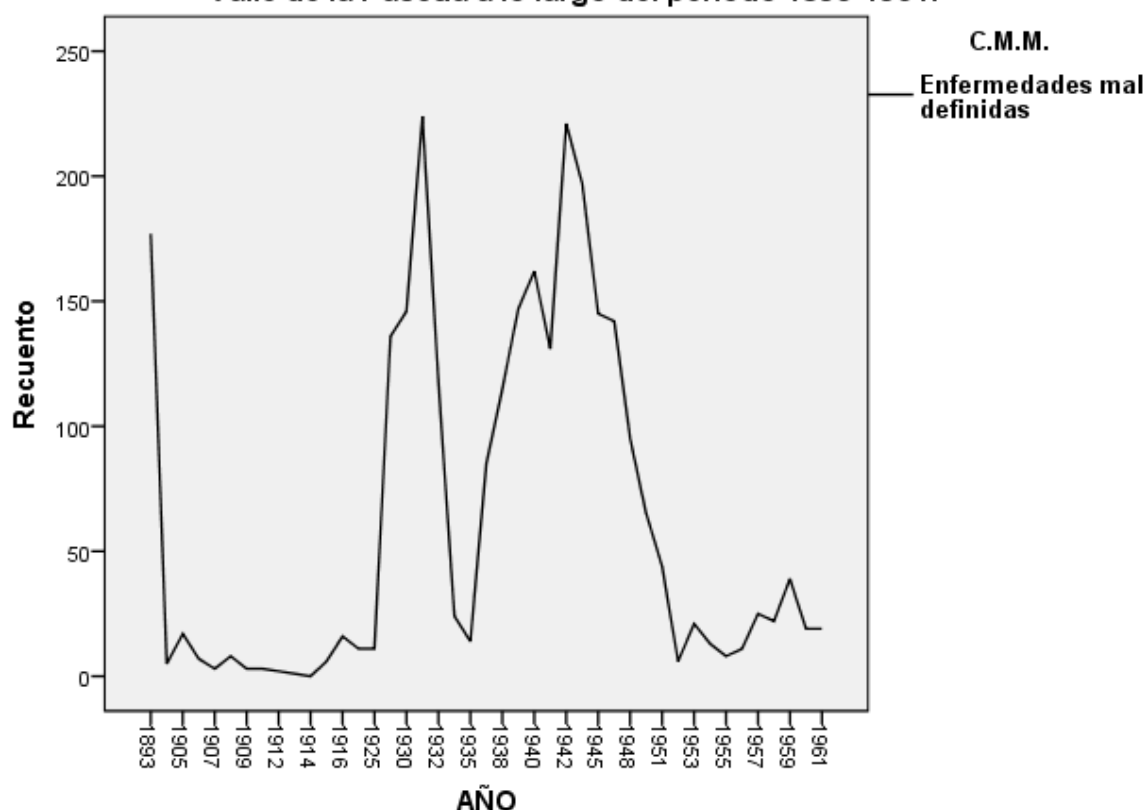
²⁴⁰ Anuario Estadístico de Venezuela, 1912.

²⁴¹ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1950.

²⁴² Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

En el gráfico 6 se presenta la evolución de la mortalidad general por enfermedades mal definidas a lo largo del período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 2.647 defunciones por enfermedades mal definidas lo que representa un promedio anual de 61,56 defunciones. En dieciséis de los 43 años estudiados, el total de defunciones por enfermedades mal definidas estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1893, 1928, 1930, 1931, 1932, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1944, 1945, 1947, 1948 y 1950. Sobresalen las cifras absolutas de los años 1893, 1931, 1942 y 1944 (177, 224, 221 y 197 respectivamente), las cuales representaron el 91,70%, 80,00%, 54,98% y 63,96% del total de defunciones para esos años. Para el año 1893, el porcentaje de defunciones por el código 3.0.0.0 (C.M.M.) representó el 91,71%. Sin embargo, este porcentaje se puede considerar como muy artificial debido a que las mayorías de las defunciones no presentaron una causa de muerte y por lo tanto se clasificaron como «Mal Definidas». Para los años muestrales comprendidos entre 1901 y 1925, el uso de la expresión «Mal Definida» no figura prominentemente, promediando apenas un 2,86% del total de defunciones para ese lapso. El uso del diagnóstico «Mal Definida» fue más notable en los lapsos 1928-1932 y 1937-1950, cuando este diagnóstico promedió el 65,32% y el 53,72% del total de defunciones. Al partir de 1951, el uso de este diagnóstico como causa de muerte decae notablemente, promediando sólo un 7,64% entre 1951 y 1961.

Gráfico 6. Evolución de la mortalidad general por enfermedades mal definidas en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Aunque obviamente la enfermedades mal definidas presentan un obstáculo en definir un perfil epidemiológico más preciso, al analizarse la mortalidad el código de la C.M.M. 3.0.0.0 (enfermedades mal definidas) por grupos de edad y estacionalidad (ver apartado sobre la estacionalidad de la mortalidad más adelante), dicho análisis nos permite acercarnos un poco más a las verdaderas causas de muerte que las enfermedades mal definidas ocultan. Para el período 1893-1935, la tabla 74 nos presenta la distribución de la mortalidad general por el código 3.0.0.0 (enfermedades mal definidas) y edad, la cual se compara con la distribución de la mortalidad general por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0. Ninguno de los grupos de edad presenta diferencias porcentuales mayores del 5,00%, siendo el grupo de edad «Menos un año» donde se aprecia la mayor diferencia. En este caso, el porcentaje de la mortalidad general por el código 3.0.0.0 y el grupo de edad «Menos un año» fue de 15,87%, mientras que para todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0, y el mismo grupo de edad, el porcentaje fue de 11,16%. A pesar de esta diferencia, dada la relativa similitud en la distribución de los porcentajes de los varios grupos de edad, se podría argumentar que las verdaderas causas de muertes del código 3.0.0.0 son las mismas que para todos los otros códigos.

Tabla 74. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por el código 3.0.0.0 y edad, y por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0, y edad. Período 1893-1935.

Grupo de edad	Frecuencia-Código 3.0.0.0	Porcentaje (%)	Frecuencia-Mortalidad general sin el código 3.0.0.0	Porcentaje (%)
Menos de un año	148	15,87%	465	11,16%
1-5 años	113	12,12%	517	12,41%
6-10 años	46	4,93%	179	4,30%
11-20 años	121	12,98%	514	12,34%
21-30 años	191	20,49%	882	21,17%
31-40 años	122	13,09%	652	15,65%
41-50 años	76	8,15%	369	8,86%
51 años y más	103	11,05%	534	12,81%
No consta	12	1,29%	55	1,32%
Total	932	100,00%	4.167	100,00%

Fuente: Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico.
Elaboración propia.

En cuanto al período 1937-1961, la misma comparación mostrada en la tabla 75 arroja resultados distintos, por cuanto las diferencias porcentuales entre los grupos de edad son significativas, en particular en los que se refiere a los grupos de edad «Menos de un año» y «21-30 años». En el caso del grupo de edad «Menos de un año», el porcentaje de mortalidad general por el código 3.0.0.0 fue de 18,30%, mientras que para todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0, el porcentaje fue de 31,98%, resultando en un diferencia porcentual de 13,68%. En cuanto al grupo de edad «21-30 años», la diferencia porcentual fue de 5,67%. Sin embargo, existen explicaciones lógicas para estas diferencias. En el caso del grupo de edad «Menos de un año», el mayor porcentaje fue acumulado por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0. Aquí está en juego la elevadísima mortalidad infantil registrada entre 1950 y 1961, con la mortalidad por patología perinatal a la cabeza en el grupo de edad «0-6 días», y los bajos porcentajes de mortalidad por enfermedades mal definidas durante el mismo lapso. En el caso del grupo de edad «21-30 años», el porcentaje es más alto para el código 3.0.0.0, lo cual una vez más tiene sentido, por cuanto el paludismo, la enfermedad que causó la mayor mortalidad en este grupo de edad, tuvo mayor incidencia entre 1937 y 1949. A partir de 1950 el paludismo desaparece en su totalidad. Sin duda alguna que durante el lapso 1937-1949, un alto porcentaje de la mortalidad por el código 3.0.0.0 y dentro del grupo de edad «21-30 años» probablemente correspondió al paludismo. Por último, debe agregarse que ningún otro grupo de edad mostró diferencias porcentuales por encima del 5,00%. El análisis de los resultados para este período nos ayuda a conjeturar, una vez más, que es bastante probable que las verdaderas causas de muerte para el código 3.0.0.0 son las mismas causas ya vistas para el resto de la mortalidad general.

Tabla 75. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad general en Valle de la Pascua por el código 3.0.0.0 y edad, y por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0, y edad. Período 1937-1961.

Grupo de edad	Frecuencia-Código 3.0.0.0	Porcentaje %	Frecuencia-Mortalidad general sin el código 3.0.0.0	Porcentaje (%)
=Menos de un año	317	18,30%	1.247	31,98%
1-5 años	252	14,55%	435	11,16%
6-10 años	73	4,21%	91	2,33%
11-20 años	121	6,97%	246	6,31%
21-30 años	283	16,34%	416	10,67%
31-40 años	218	12,59%	388	9,95%
41-50 años	143	8,26%	292	7,49%
51 años y más	287	16,57%	721	18,49%
No consta	38	2,19%	63	1,62%
Total	1.732	100,00%	3.899	100,00%

Fuente: Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico.
Elaboración propia.

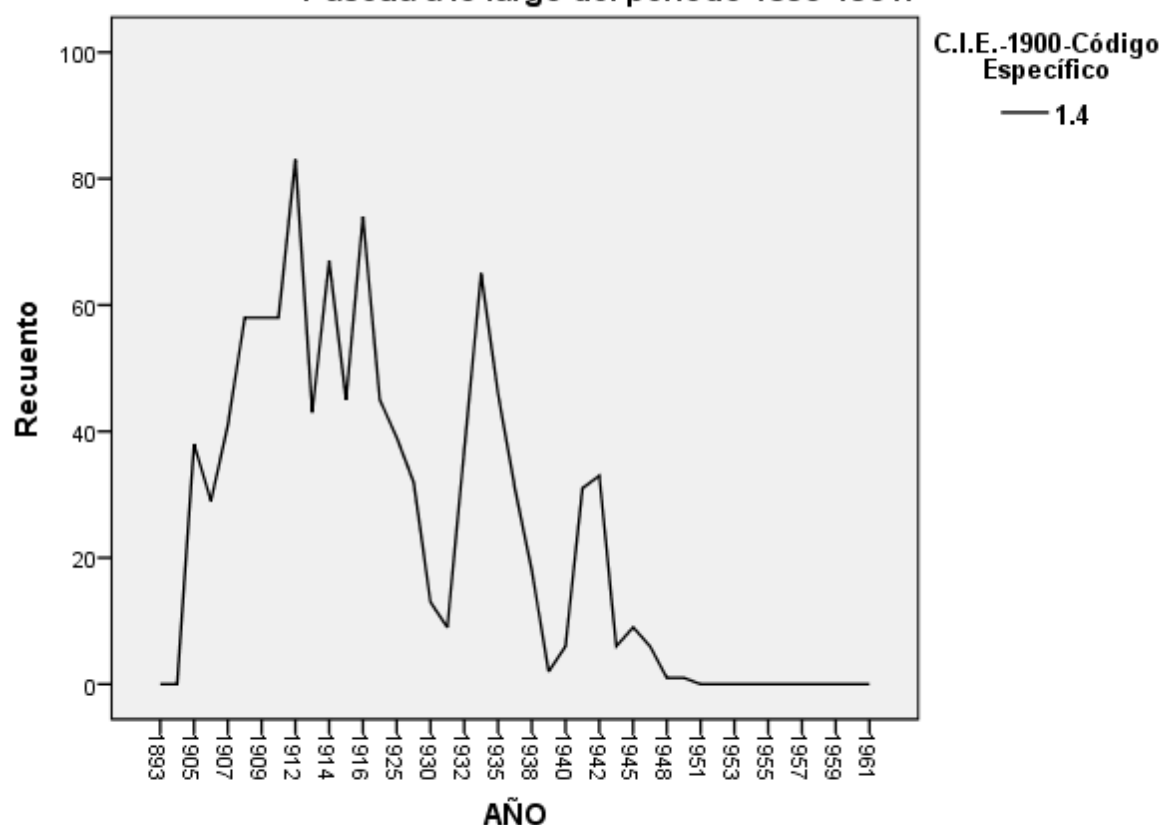
En lo que se refiere a toda Venezuela, durante el período 1905-1912, las enfermedades mal definidas promediaron aproximadamente un 13,96% del total de la mortalidad general²⁴³. Para 1925 el 28,43% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía a las causas oscuras o mal definidas y para 1951 este porcentaje ascendió a un 29,53% del total de las primeras 25 causas de muerte (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099-2.100). Para 1961, las enfermedades mal definidas representaban el 29,34% de la mortalidad general²⁴⁴. Claramente en el resto de Venezuela, las enfermedades mal definidas también representaban un obstáculo en obtener un perfil epidemiológico más preciso.

²⁴³ Anuario Estadístico de Venezuela, 1912.

²⁴⁴ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

En el gráfico 7 se presenta la evolución de la mortalidad por el código 1.4 (paludismo) durante el período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 1.024 defunciones por paludismo, lo que representa un promedio anual 23,81 defunciones. Para todo el período, el paludismo ocupó el primer puesto como causa de muerte, acumulando el 9,54% de la mortalidad general y el 12,70% de la mortalidad diagnosticada. El promedio de 23,81 defunciones fue excedido durante todos los años del lapso 1905-1928 y durante los años 1932, 1933, 1935, 1937, 1941 y 1942. Sobresalen en particular las cifras absolutas de defunciones de los años 1909 (58), 1912 (83), 1914 (67), 1916 (74), 1920 (45), 1925 (39), 1933 (65) y 1935, (46), las cuales representaron el 22,39%, 22,37%, 30,45%, 28,46%, 23,08%, 25,16%, 24,53% y 23,00% del total de defunciones para esos años respectivamente. El paludismo parece haber sido muy cruento durante los años muestrales del lapso 1905-1928, promediando un 20,09% del total de defunciones para esos años. A partir de 1945, sin embargo, el paludismo comienza su franco descenso. Tanto así que la última defunción por paludismo en Valle de la Pascua se registró en año 1950, lo que indica que para este entonces este flagelo había sido prácticamente erradicado en Valle de la Pascua.

Gráfico 7. Evolución de la mortalidad general por paludismo en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

La incidencia de paludismo en el Estado Guárico durante la década de 1910 es significativa, alrededor de 624 defunciones por año lo que colocaba al Estado en el cuarto puesto en la mortalidad por paludismo, detrás de los Estados Carabobo, Lara y Yaracuy (Rísquez, 1921:195). Según las fuentes disponibles, el paludismo hizo su aparición en el Estado Guárico entre 1860 y 1861. Dicha enfermedad era endémica en todo el Estado, pero tenía su recrudescencia a la entrada y salida de las lluvias, cuando las condiciones de humedad del suelo se hacían pantanosas y favorecían la pululación de mosquitos. Estos se contaminaban muy pronto y portaban e inoculaban el germen a las numerosas personas que no usaban mosquiteros al dormir o estaban expuestos regularmente a la intemperie o que se excedían en las bebidas alcohólicas. Las formas clínicas del paludismo incluyen el paludismo agudo y el crónico. También figuran la caquexia palúdica y la fiebre biliosa hemoglobinúrica. En el caso del paludismo agudo, el mismo se manifestaba de tres maneras: fiebres cotidianas, tercianas y cuartanas. Los tres síntomas primordiales son el escalofrío, el calor y el sudor. Por otro lado, en lo que se refiere al paludismo crónico, el hematozoario se enquista y esconde en los órganos y tejidos, causando con sus toxinas alteraciones que producían fiebres tanto regulares como irregulares. En cuanto a la caquexia palúdica, la misma se manifestaba con mucha frecuencia en sujetos anémicos hemofílicos. Por último, en el caso de la fiebre biliosa hemoglobinúrica, esta fiebre hacía su aparición en los meses de septiembre y octubre, sin tener ninguna predilección en cuanto a raza o sexo, aunque en la mayoría de los casos las personas afectadas sufrían de profunda anemia (Landaeta 1925:202).

Debe mencionarse que entrada la década de los cuarenta, el Estado Guárico fue dividido en tres zonas maláricas por la División de Malariología, a saber zona superior, zona media y zona inferior, las cuales tenían grados de infección de 22,00%, 60,00% y 5,00% respectivamente. Valle de la Pascua estaba ubicada en la zona media, o sea donde existía el más alto grado de infección (De Armas, 1944:63-65). Los vectores palúdicos más observados eran el *P. vivax*, observado principalmente en la primera etapa de la estación lluviosa, el *P. malariae*, observado inmediatamente después del primero, y el *P. Falcíparum*, que se observaba en cualquier punto del ciclo parasitario (De Armas, 1944:63). La existencia de tres lagunas (Laguna del Rosario, Laguna El Vigía y Laguna del Pueblo) muy cercanas al casco urbano de Valle de la Pascua indudablemente contribuyó a la presencia de anófeles portadores e inoculadores de la infección palúdica. En Valle de la Pascua, debe agregarse, las profesiones muy probablemente influían en el grado de contagio. Al analizar las partidas de defunción se desprende que la mortalidad por paludismo afectaba más a las personas que trabajan a la intemperie y probablemente estaban más desprotegidas. En nuestro análisis de mortalidad por paludismo y profesión,

sólo se tomaron en cuenta las profesiones reales, a saber agricultor, criador, jornalero, labrador, comerciante y otras profesiones menos comunes como arriero, albañil, mayordomo etc. Entre las profesiones reales, 358 personas murieron a causa de paludismo. Basado en el criterio utilizado, los porcentajes de la mortalidad por paludismo y profesión son los siguientes para todo el período 1893-1961: agricultor: 36,31%; labrador: 18,44%; jornalero: 17,88%; criador: 12,29%; comerciante: 3,35%; otras profesiones: 11,73%. La distribución de la mortalidad por paludismo y profesión realmente no ofrece mayores sorpresas. Por otro lado, la categoría «oficios propios de sus sexo», aunque no una profesión propiamente dicha, acumuló un porcentaje de 28,90% del total de defunciones por paludismo (1.024) y corresponde en su totalidad al sexo femenino. Es de suponer que las mujeres, sobre todo aquellas que colaboraban a diario en las faenas agrícolas estaban expuestas, al igual que los hombres, a la infección palúdica. Se excluyó del análisis los menores de edad (sin profesión) y las partidas de defunción que no indicaron una profesión.

Una circunstancia especial que pudo haber influido en la epidemiología del paludismo en el Estado Guárico es la construcción entre 1923 y 1935 de la vía Oriental de los Llanos, que incluyó la edificación del puente colgante de El Sombrero. Se considera que esta obra aumentó la morbilidad y mortalidad por los focos palúdicos a lo largo de los campos y poblaciones inmediatos a esta carretera (incluso Valle de la Pascua), puesto que esta carretera fue obra de un número de presidiarios procedentes de diverso lugares intensamente palúdicos, especialmente infectados a *P. Falciparum*. Igual sucedía con el contingente de soldados que custodiaba a los presidiarios (De Armas, 1944:60).

En cuanto a Venezuela, durante el período 1905-1912, el paludismo promedió 14,85% del total de la mortalidad general²⁴⁵. Para 1925 el 12,60% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía al paludismo (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Como porcentaje de la mortalidad general en 1925, el paludismo representaba el 9,45% del total (Izard, 1970:11; Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). En 1941, esta enfermedad registró apenas un 2,99% del total de la mortalidad²⁴⁶. En términos de las tasas de mortalidad, durante el quinquenio 1936-1940, la mortalidad por paludismo en toda Venezuela era de 164 defunciones por 100.000 habitantes. Esta mortalidad se redujo a 109,9 para el período 1941-1946, antes del comienzo de la campaña de escala nacional con DDT. Para 1950, el porcentaje de la mortalidad general era de un ínfimo 0,40% del total de la mortalidad general y la tasa de mortalidad era de 8,5 defunciones por 100.000 habitantes. En el año 1954, la tasa de mortalidad descendió a 0,8 defunciones por 100.000 habitantes (Archila, 1956:317). Debe mencionarse que el uso del DDT comenzó a partir de 1945 y se extendió a todo el país. Para 1950, la campaña del DDT había cubierto el 84 por ciento de las viviendas de la zona malárica. Sin embargo, a partir de 1951 el presupuesto de la División de Malariología fue congelado y no fue posible de rociar con DDT el 100,00% de las casas originalmente previstas (Berti et al. 1960:33). Aun así, el descenso de la mortalidad por paludismo fue tan espectacular que en 1961, sólo se registraron cuatro defunciones por este flagelo en todo el territorio nacional²⁴⁷.

²⁴⁵ Anuario Estadístico de Venezuela, 1912.

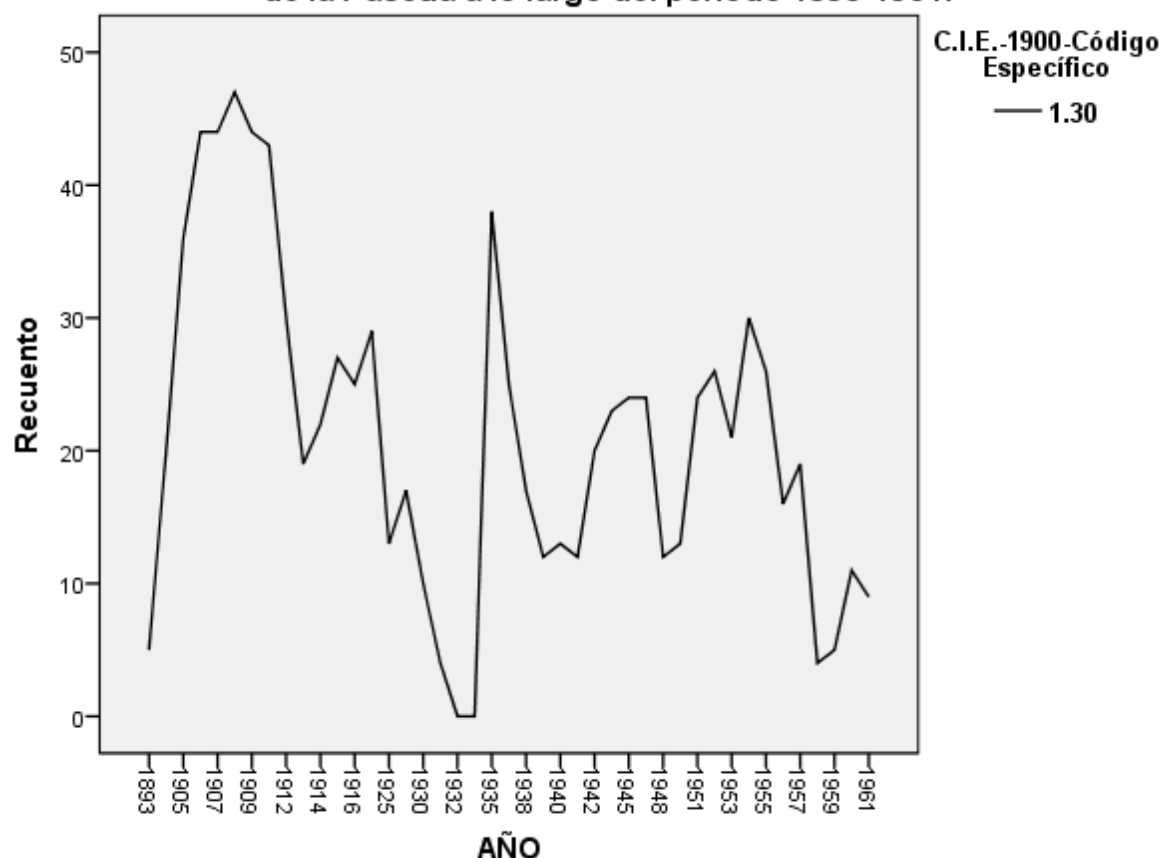
²⁴⁶ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1940.

²⁴⁷ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

Debe agregarse que el tema del paludismo como problema nacional se comenzó a tomar en serio a partir de 1911 con el Servicio Nacional de Higiene. En 1923, el Gobierno Nacional promulgó el decreto llamado *Saneamiento de los Llanos de Venezuela*, a través del cual se crearon siete comisiones con responsabilidad de enfrentar el problema palúdico en varias regiones del país. En ocho meses, se repartieron 39.068 tratamientos por paludismo, empleando 226 kilogramos de sulfato de quinina. En 1931, se organizó una Conferencia Sanitaria del Paludismo que recogía las experiencias con el flagelo del paludismo en trabajos científicos y un recuento de la labor realizada hasta entonces. En 1937, se le dio aun mayor empuje a la lucha contra el paludismo cuando el Congreso Nacional sancionó la Ley de Lucha Antipalúdica (De Armas, 1944:59).

En el gráfico 8 se presenta la evolución de la mortalidad por el código 1.30 (tuberculosis pulmonar) durante el período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 903 defunciones a las que corresponde este código, lo que representa un promedio anual 21 defunciones. Para todo el período, la tuberculosis pulmonar ocupó el segundo puesto como causa de muerte, acumulando el 8,42% de la mortalidad general y el 11,20% de la mortalidad diagnosticada. El promedio anual de 21 defunciones fue excedido durante todos los años muestrales del lapso 1905-1920, excepto 1913. Además el promedio fue excedido en los años 1935, 1937, 1944, 1945, 1947, 1951, 1952, 1954 y 1955. Sobresalen las cifras absolutas de defunciones de los años 1906 (44), 1907 (44), 1908 (47), 1909 (44) y 1935 (38), los cuales representaron el 17,05%, 16,42%, 16,10%, 16,99% y 19,00% del total de defunciones para esos años respectivamente. Las cifras de defunciones absolutas parecen estar infravaloradas entre más o menos 1925 y 1950 debido al uso excesivo de la expresión «Mal Definida». Sin embargo en la década de los cincuenta, esta enfermedad entra en franca caída, aunque con leves altibajos. Dicha caída es más evidente a partir de 1955, año en que la tuberculosis pulmonar registró el 12,56% del total de las defunciones para luego caer a un 3,17% en el año 1961.

Gráfico 8. Evolución de la mortalidad general por tuberculosis pulmonar en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa provocada por el germen *Mycobacterium tuberculosis*, el cual fue descrito por primera vez por Koch en 1882. Dicho germen penetra el organismo por la vía aérea, inhalado por partículas de polvo o saliva. La enfermedad debe su nombre al hecho de que en los tejidos afectados se desarrollan nódulos o tubérculos, que son la expresión de un proceso inflamatorio crónico o de carácter granulomatoso. La enfermedad, la cual tiene dos etapas, primaria y post-primaria, tiende a ser más común en regiones que carecen de condiciones higiénico-ambientales adecuadas (Gran Diccionario Médico, Edición Lengua Castellana, 1974, s.v. “tuberculosis”). La alta incidencia de tuberculosis en Valle de la Pascua durante gran parte del período 1893-1961 tiene sentido si se considera el pobre estado de la infraestructura sanitaria y probablemente el gran número de pobladores afectados por desnutrición (Contreras, 2007:92). McKeown ha atribuido la alta mortalidad por tuberculosis en las dos guerras mundiales a la falta de una buena nutrición (McKeown y Cole, 1966:10).

Por otro lado, en la *Geografía Médica del Estado Guárico*, Landaeta ofrece un valioso relato sobre las causas predisponentes de la tuberculosis en el Estado Guárico. Este autor

expone que además de la falta de medidas higiénicas por parte de las autoridades, también jugaban un papel importante en la incidencia de la tuberculosis, el clima cálido en todas las estaciones, la miseria fisiológica de muchos pobladores, la endemia palúdica, la parasitosis intestinal y el alcoholismo. Agregaba que el contagio de la tuberculosis se llevaba a cabo por medio de la saliva de los portadores de bacilos, pues la mayoría de ellos, gente de pueblo y de los campos, poseían el mal hábito de escupir en todas partes, sobre todo los que tenían el vicio de mascar tabaco, muy generalizado por los esputos, los cuales era receptáculo de millones de bacilos. Se consideraba a la luz solar como la única fuente de saneamiento, recomendándose a la gente que vivían en ranchos de palma, en condiciones hacinamiento y en compañía de animales, mantener todo abierto al aire libre y expuesto al sol (Landaeta, 1925:200-201).

En cuanto a Venezuela, durante el período 1905-1912, la tuberculosis en todas sus formas promedió 9,23% del total de la mortalidad general²⁴⁸. Para 1925 el 7,80% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía a la tuberculosis (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Como porcentaje de la mortalidad general en 1925, la tuberculosis representaba el 5,85% del total (Izard, 1970:11; Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Para 1940, la tasa de mortalidad por tuberculosis en toda Venezuela era de 237 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad para el medio urbano era de 393 por 100.000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad para el medio semi-urbano y rural era de 230 por 100.000 habitantes. En el medio rural venezolano, la inadecuada vivienda, deficiente alimentación y bajos salarios eran los tres factores que intervenían en la gran mortalidad por tuberculosis (Bengoa, 1940:836). Para 1950, la tuberculosis representaba el 5,62% de la mortalidad general^{249, 250}. El gradual descenso de la tuberculosis se debió en gran parte a la lucha emprendida por el Gobierno Nacional a partir de 1936, cuando se estableció la División de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Ya para 1945, por ejemplo, existían en Venezuela 21 Dispensarios dedicados exclusivamente a esta enfermedad y los hospitales para tuberculosis contaban con 1.200 camas para los pacientes tuberculosos, y se planeaba el establecimiento de 450 camas más (Baldó, 1945:264-265). Además, un programa de vacunación con la vacuna anti-tuberculosa Bacillus Calmette-Guérin (BBG) se extendió por toda Venezuela en 1947 (Valladares, 1960:89).

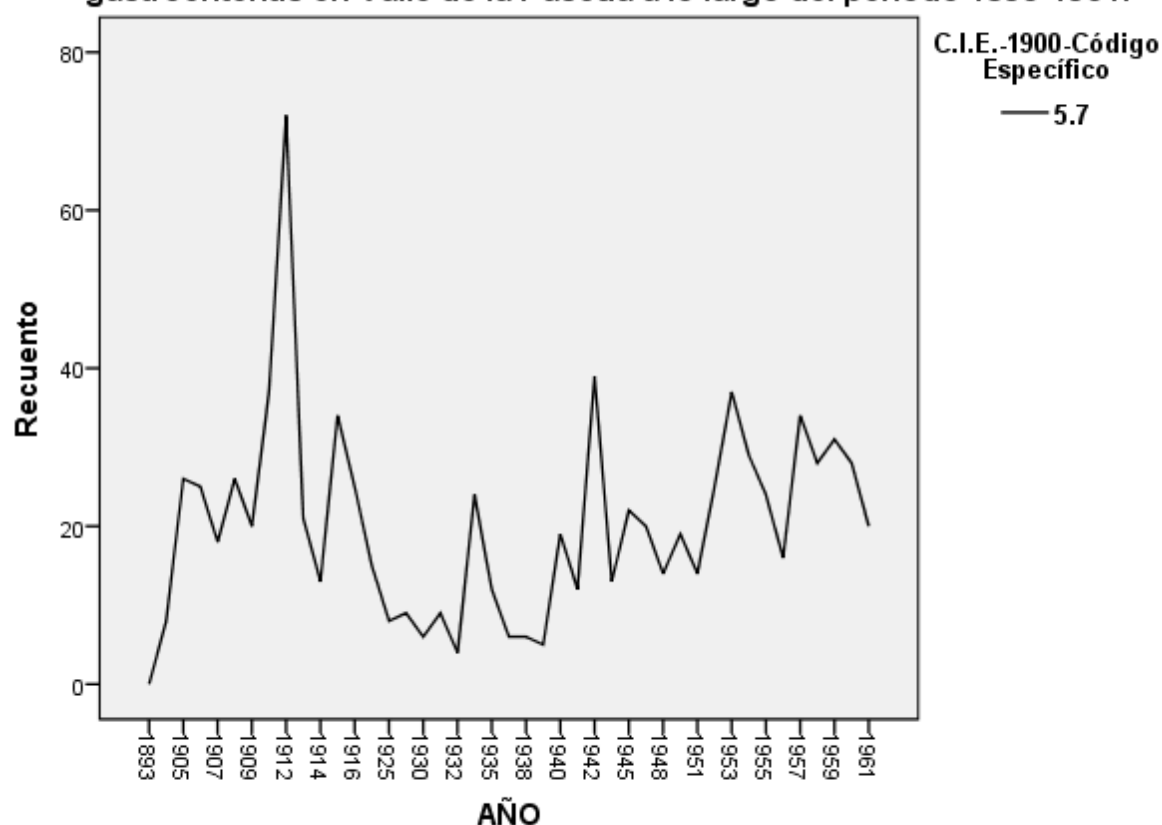
²⁴⁸ Anuario Estadístico de Venezuela, 1912.

²⁴⁹ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1950.

²⁵⁰ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

En el gráfico 9 se presenta la evolución de la mortalidad por el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) durante el período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 873 defunciones a las que corresponde este código, lo que representa un promedio anual 20,30 defunciones. Para todo el período, el grupo de diarrea, enteritis y gastroenteritis ocupó el tercer puesto como causa de muerte, acumulando el 8,14% de la mortalidad general y el 10,82% de la mortalidad diagnosticada. En diecinueve de los 43 años estudiados, el total de defunciones por este código estuvo por encima del promedio anual de defunciones, específicamente los años 1905, 1906, 1908, 1911, 1912, 1913, 1915, 1916, 1933, 1942, 1945, 1952, 1953, 1954, 1955, 1957, 1958, 1959 y 1960. Se destacan las cifras absolutas de defunciones de los años 1911 (37), 1912 (72), 1913 (21), 1915 (34), 1952 (25), 1953 (37), 1954 (29), 1955 (24) y 1957 (34), las cuales representaron el 11,71%, 19,41%, 10,61%, 13,39%, 10,55%, 16,09%, 12,39%, 11,59% y 11,97% del total de defunciones para esos años respectivamente. Al igual que la tuberculosis pulmonar, las cifras de defunciones absolutas de la diarrea, enteritis y gastroenteritis probablemente estuvieron infravaloradas entre 1925 y 1950. A finales del período, queda claro que estas enfermedades seguían representando la más importante causa de muerte en Valle de la Pascua, junto a la mortalidad perinatal, específicamente promediando un 10,19% del total de defunciones entre 1950 y 1961.

Gráfico 9. Evolución de la mortalidad general por diarrea, enteritis y gastroenteritis en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En cuanto a Venezuela, durante el período 1905-1912, el grupo de enfermedades compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis promedió 5,99% del total de la mortalidad general²⁵¹. Para 1925 el 6,05% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía a diarrea y enteritis en menores de 2 años (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Como porcentaje de la mortalidad general en 1925, la mortalidad por diarrea y enteritis en menores de 2 años representaba el 5,00% del total (Izard, 1970:11; Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Para los años 1941, 1950 y 1961, la mortalidad por diarrea, enteritis y gastroenteritis acumuló respectivamente el 6,77%, 6,45% y 8,03% del total de la mortalidad general^{252, 253, 254}.

²⁵¹ Anuario Estadístico de Venezuela, 1912.

²⁵² Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1940.

²⁵³ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1950.

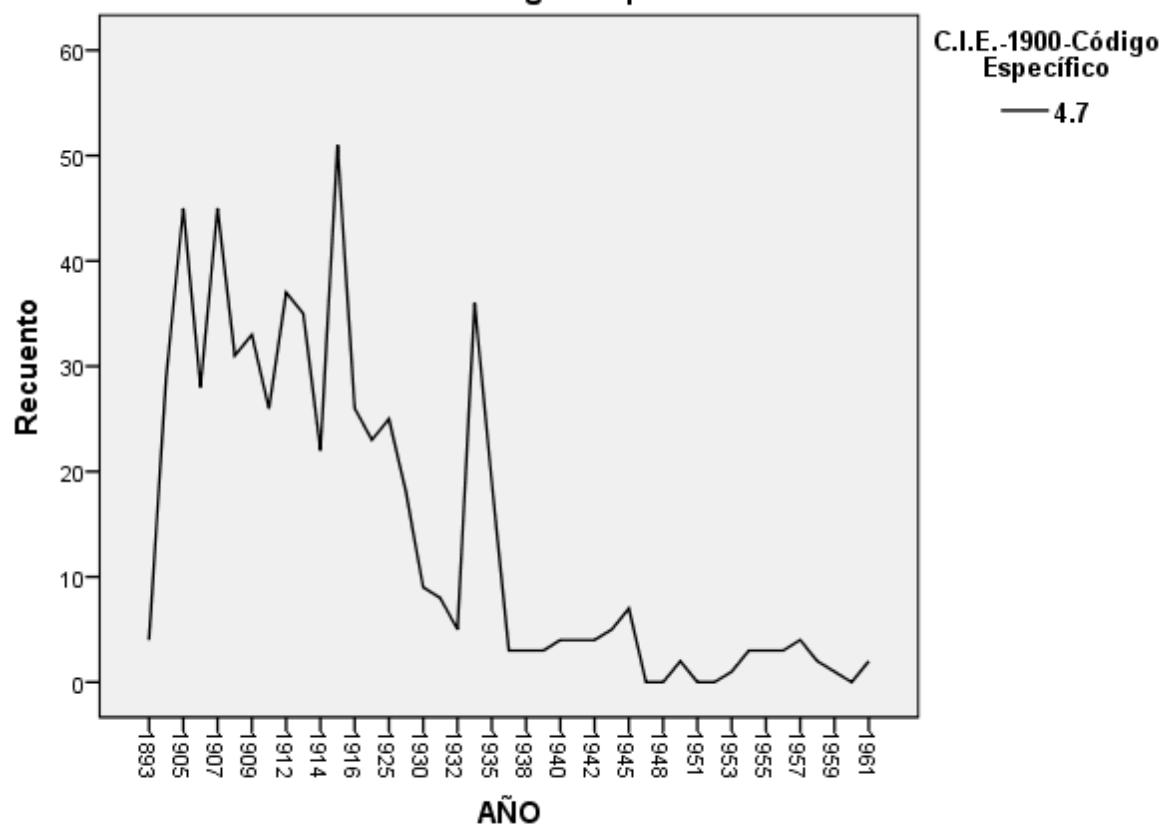
²⁵⁴ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

Estos porcentajes indican que en Venezuela, estas enfermedades presentaron un problema de salud pública perenne. Parte del problema se debía a que las causas de las enfermedades del aparato digestivo eran de orden individual, difíciles de controlar y no disponibles a la profilaxia pública, pudiéndose solo combatir la mortalidad infantil por diarreas y sus consecuencias (Rísquez, 1921:201). Durante el período 1950-1954, la gastroenteritis representó la primera causa de muerte en los grupos de edad comprendidos entre 4 semanas y 1 año y casi el 60,00% de las defunciones por gastroenteritis ocurrieron en áreas de menos de 5.000 habitantes, o sea en áreas rurales o semi-rurales. Por otra parte, un problema asociado con mortalidad por gastroenteritis que salió a relucir en la década de los años cincuenta es el uso de múltiples descripciones para referirse a esta enfermedad en los certificados de defunción. Por ejemplo, para el año 1953 y para toda Venezuela, los varios términos usados incluían los siguientes, además de gastroenteritis: toxicosis, enteritis, diarrea, diarrea febril aguda, enterocolitis, dispepsia aguda, diarrea y enteritis, dispepsia tóxica, diarrea y vómitos, diarrea y fiebre, colerina, colitis y evacuación. Sobre 5.096 defunciones ocurridas en Venezuela por gastroenteritis, los términos más usados fueron gastroenteritis (53,10%) y toxicosis (22,90%) (Curiel y Ochoa, 1959:355-357).

En el gráfico 10 se presenta la evolución de la mortalidad por el código 4.7 (neumonía) durante el período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 609 defunciones a las que corresponde este código, lo que representa un promedio anual 14,16 defunciones. Para todo el período, la neumonía ocupó el cuarto puesto como causa de muerte, acumulando el 5,68% de la mortalidad general y el 7,55% de la mortalidad diagnosticada. El promedio de 14,16 defunciones fue excedido en todos los años muestrales del lapso 1901-1928, además de 1933 y 1935. Sobresalen las cifras absolutas de defunciones de los años 1901 (29), 1905 (45), 1906 (28), 1907 (45), 1908 (31), 1909 (33), 1913 (35), 1914 (22), 1915 (51), 1916 (26), 1920 (23), 1925 (25) y 1933 (36), las cuales representaron el 20,42%, 14,61%, 10,85%, 16,79%, 10,62%, 12,74%, 17,68%, 10,00%, 20,08%, 10,00%, 11,79%, 16,13% y 13,58% del total de defunciones para esos años respectivamente. A partir de 1937, la neumonía deja de figurar como una importante causa de muerte en Valle de la Pascua apenas promediando 0,98% del total de defunciones de los años muestrales del período 1937-1961. En parte esto se debe a los cambios en el uso de otros diagnósticos de defunción, en particular el código 4.6 (bronconeumonía). Prueba de ello son los porcentajes del total de defunciones por el código 4.6 entre 1937 y 1961. Específicamente, este código promedió el 3,27% del total de defunciones para los años muestrales del período 1937-1961. El uso del código 4.6 fue más frecuente durante el

quinquenio 1957-1961, cuando el mismo promedió el 7,63% del total de defunciones de esos cinco años.

Gráfico 10. Evolución de la mortalidad general por neumonía en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En lo referente a Venezuela, durante el período 1905-1912, la neumonía o pulmonía promedió 4,86% del total de la mortalidad general²⁵⁵. Para 1925 el 6,12% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía a neumonía y bronconeumonía (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Como porcentaje de la mortalidad general en 1925, la mortalidad por neumonía y bronconeumonía representaba el 5,03% del total (Izard, 1970:11; Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Para los años 1941, 1950 y 1961, la mortalidad por neumonías acumuló respectivamente el 2,13%, 2,70% y 4,27% del total de la mortalidad general^{256, 257, 258}.

²⁵⁵ Anuario Estadístico de Venezuela, 1912.

²⁵⁶ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1940.

²⁵⁷ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1950.

²⁵⁸ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

Estos porcentajes indican que en Venezuela, las neumonías, después de mostrar un descenso, entre 1925 y 1951, experimentaron un aumento significativo a finales del período estudiado, impulsado principalmente por la alta incidencia de bronconeumonía, enfermedad que para el lapso 1950-1954, por ejemplo, era responsable de casi el 80,00% de las muertes por neumonías (Curiel y De Shelly Hernández, 1955:42).

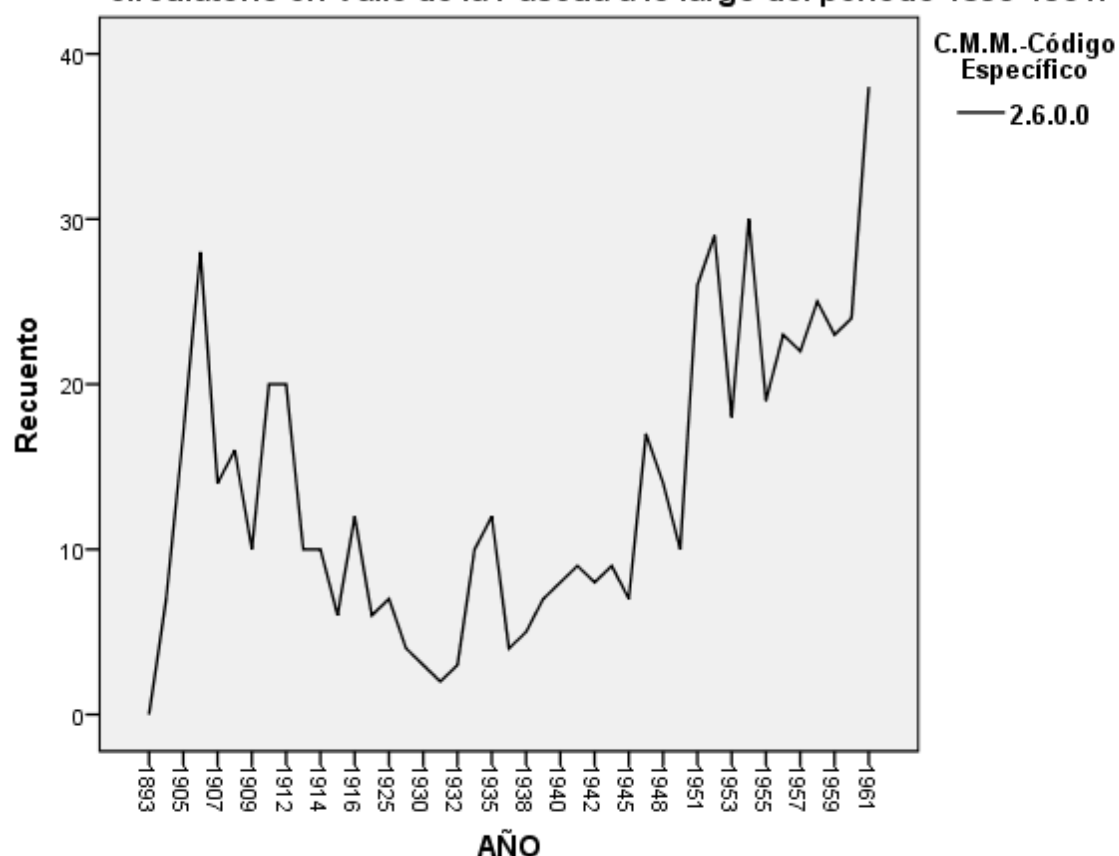
Debe mencionarse el impacto que tuvo la Gripe de 1918 en el panorama epidemiológico de Valle de la Pascua y el Estado Guárico. A juzgar por la escasa literatura sobre este tema, esta epidemia no tuvo las consecuencias que tuvo en otras regiones de Venezuela. Se considera que la Gripe de 1918 llegó muy atenuada al Estado Guárico, causando según algunas estadísticas 307 defunciones en todo el Estado. No obstante, esta cifra podría haber sido entre 30,00 y 40,00% mayor, si se toma en consideración las muertes ocurridas en el medio rural, que probablemente no fueron reportadas (Landaeta, 1923:200). Sí se sabe que la epidemia empezó en noviembre de 1918 y duró hasta marzo de 1919. Rodríguez Rivero cita declaraciones del entonces Presidente del Estado Guárico, el General León Jurado, quien declaraba que, *«según los documentos que se han podido consultar, el número de muertos por gripe en 1918, fue de 172, y en 1919, de 314; pero debo advertirle que también figuran en 1918 468 defunciones por pulmonía, y en 1919, 310 por la misma enfermedad, y que además, en los datos de los Distritos figuran en 1918, 1.438 defunciones por enfermedades mal definidas, y 1.223 en el año 1919, no siendo posible precisar en estas últimas cifras las defunciones que pueden atribuirse a la gripe»* (Rodríguez Rivero, 1924:356-357). Esto sugiere que la mortalidad por la Gripe de 1918 pudo haber sido más alta en el Estado Guárico de lo que se sabe hasta ahora.

En Valle de la Pascua, no fue del todo posible constatar el verdadero impacto de la Gripe de 1918. Específicamente, no se pudieron encontrar las partidas de defunción, salvo una, para el período comprendido entre el 7 de octubre de 1918 y el 2 de abril de 1919, el período en que la Gripe de 1918 tuvo mayor auge en Venezuela. Sin embargo, para los primeros tres meses de 1919 el total de partidas extraviadas fue de solamente 43. Esto implica un promedio de aproximadamente 14 defunciones mensuales, lo cual no sugiere una alta mortalidad por alguna enfermedad en particular. De hecho, en Valle de la Pascua durante el año 1919 sólo se asentaron 199 defunciones en los libros de defunción. La partida de defunción encontrada para el período comprendido entre el 7 de octubre de 1918 y el 2 de abril de 1919 fue la número 24 y la causa de muerte indicada fue paludismo pernicioso. Las partidas de defunción extraviadas para el mencionado período estaban comprendidos entre los números 1 y 23 y 25 y 44. Para los años 1918 y 1919 se encontraron sólo 4 y 7

defunciones clasificadas como Mal Definidas respectivamente. Por último, del total de 153 partidas de defunción encontradas y analizadas para el año 1919, sólo figuran 21 muertes a causa de neumonía o pulmonía, tres casos de bronconeumonía y un caso de bronquitis gripal. Estas enfermedades generalmente se asocian con la Gripe de 1918, sugiriendo que este flagelo tal vez no representó una serie amenaza para los pobladores de Valle de la Pascua. No obstante, no debe descartarse la posibilidad de un subregistro, por una razón u otra (Contreras, 2007:140). Debe destacarse que los años 1918 y 1919 no se incluyeron en la muestra utilizada en este estudio por la obvia falta de datos completos. No obstante, sí se analizaron en el contexto de la Gripe de 1918.

En el gráfico 11 se presenta la evolución de la mortalidad general por enfermedades del sistema circulatorio (C.M.M.) durante el período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 592 defunciones a las que corresponde este código, lo que representa un promedio anual 13,77 defunciones. Para todo el período, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el quinto puesto como causa de muerte, acumulando el 5,52% de la mortalidad general y el 7,34% de la mortalidad diagnosticada. En diecinueve de los 43 años estudiados, el total de defunciones por este código estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1905, 1906, 1907, 1908, 1911, 1912, 1947, 1948, y todos los años comprendidos entre 1951 y 1961. Sobresalen en particular las cifras absolutas de defunciones de los años 1906 (28), 1952 (29), 1954 (30), 1956 (23) y 1961 (38), las cuales respectivamente acumularon el 10,85%, 12,24%, 12,82%, 13,22% y 13,38% del total de defunciones para esos años. El ascenso de las enfermedades del sistema circulatorio fue más evidente a finales del período estudiado. Específicamente, entre 1951 y 1961, las enfermedades del sistema circulatorio promediaron un 9,92% del total de defunciones para esos 11 años.

Gráfico 11. Evolución de la mortalidad general por enfermedades del sistema circulatorio en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En lo referente a Venezuela, durante el período 1905-1912, las enfermedades del corazón promediaron 3,81% del total de la mortalidad general²⁵⁹. Para 1925 el 5,85% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía a las enfermedades del corazón (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Como porcentaje de la mortalidad general en 1925, la mortalidad por enfermedades del corazón representaba el 4,81% del total (Izard, 1970:11; Zúñiga Cisneros, 1955:2.099).

²⁵⁹ Anuario Estadístico de Venezuela, 1912.

En la década de los años veinte, se responsabilizaba a la sífilis y al alcoholismo como las causas principales de las afecciones del corazón. La sífilis era considerada como la precursora de los aneurismas. En cuanto al alcoholismo, se pensaba que sus efectos degenerativos contribuían a que las paredes arteriales tuviesen escasa resistencia para soportar los golpes de las oleadas sanguíneas (Rísquez, 1921:201). Por otro lado, en un estudio de 218 casos (autopsias) realizado a principios de la década de los años cuarenta, se encontró con mucha frecuencia las enfermedades del miocardio, las cuales se atribuían a causas mixtas como la sífilis, la bilharziosis y la necatorosis (Jaffe, 1943:129). Para los años 1941, 1950 y 1961, la mortalidad por enfermedades del corazón acumuló respectivamente el 3,47%, 4,59% y 8,58% del total de la mortalidad general^{260, 261, 262}. Es llamativo el hecho de que entre 1950 y 1961, el porcentaje de la las enfermedades del corazón sobre la mortalidad general experimentó un incremento del 86,92%.

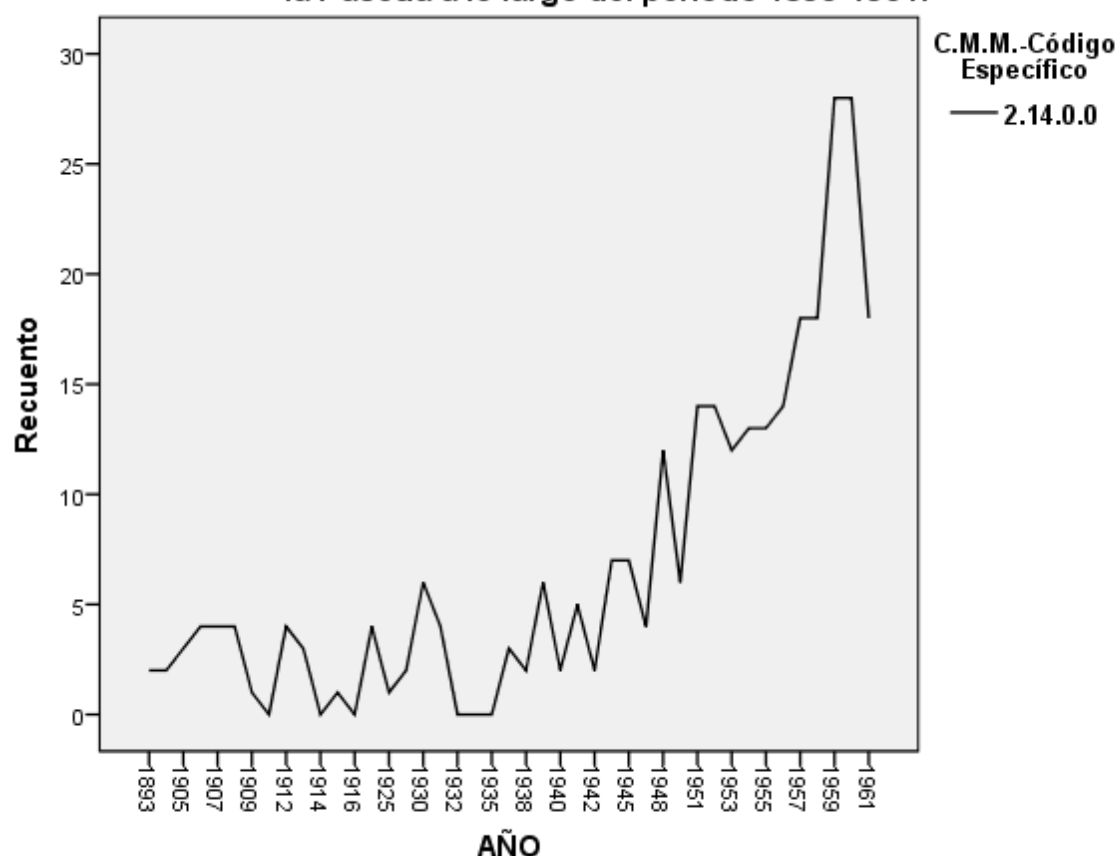
²⁶⁰ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1940.

²⁶¹ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1950.

²⁶² Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

En el gráfico 12 se presenta la evolución de la mortalidad general por causas exteriores (C.M.M.) durante el período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 291 defunciones a las que corresponde este código, lo que representa un promedio anual 6,77 defunciones. Para todo el período, las muertes por causas exteriores ocuparon el séptimo puesto como causa de muerte, acumulando el 2,71% de la mortalidad general y el 3,61% de la mortalidad diagnosticada. En catorce de los 43 años estudiados, el total de defunciones por este código estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1944 1945, 1948 y todos los años comprendidos entre 1951 y 1961. Sobresalen en particular las cifras absolutas de defunciones de los años 1948 (12), 1951 (14), 1952 (14), 1953 (12), 1954 (13), 1955 (13), 1956 (14), 1957 (18), 1958 (18), 1959 (28), 1960 (28) y 1961 (18), las cuales respectivamente acumularon el 6,32%, 5,04%, 5,91%, 5,22%, 5,56%, 6,28%, 8,05%, 6,34%, 6,41%, 8,12%, 9,09% y 6,34% del total de defunciones para esos años. Con la introducción del automóvil en gran escala en el ámbito vallepuscuense en la década de los años cuarenta, las defunciones por causas exteriores ocurren con más frecuencia, específicamente a partir de 1944. Entre este año y 1961, las defunciones por causas exteriores promediaron un 14,13%, aunque no todas las muertes se atribuyen a los accidentes automovilísticos. Al desglosar las 291 defunciones por causas exteriores ocurridas en Valle de la Pascua durante el período 1893-1961, las principales causas son las siguientes; muertes por arma de fuego, arma blanca u objeto contundente (28,52%); muerte por lesión y traumatismo (26,46%); muerte por fractura del cráneo (24,05%); muerte por ahogamiento (11,00%), muerte por quemaduras (9,97%). La gran mayoría de las muertes por fractura del cráneo y traumatismos fueron ocasionadas por accidentes automovilísticos. Muchas de estas muertes ocurrieron en la carretera que conecta a Valle de la Pascua con la población de El Sombrero, en el noroeste del Estado Guárico. Generalmente, los accidentes de tránsito eran causados por una combinación de la imprudencia de los conductores, el consumo de alcohol por parte de los mismos, las altas velocidades y el pésimo estado de las carreteras.

Gráfico 12. Evolución de la mortalidad general por causas exteriores en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En cuanto a Venezuela, durante el período 1905-1912, la mortalidad por causas exteriores como porcentaje de la mortalidad general promedió 2,24%. De dicha mortalidad, sobresalen la mortalidad por arma de fuego, la mortalidad por arma blanca y la mortalidad por suicidios. Durante el lapso 1905-1910, la mortalidad por arma de fuego y por arma blanca registraron un promedio porcentual de 23,17% y 12,94% sobre el total de las muertes por causas exteriores, mientras que para el período 1905-1912, los suicidios registraron un promedio porcentual de 6,82% sobre la mortalidad por causas exteriores²⁶³. Para 1925 el 1,12% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía a las causas exteriores, aunque se excluían de ellas los envenenamientos, suicidios y homicidios (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Como porcentaje de la mortalidad general en 1925, la mortalidad por causas exteriores representó el 0,92% del total (Izard, 1970:11; Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Para los años 1941, 1950 y 1961, la mortalidad por causas exteriores acumuló respectivamente el 2,34%, 4,76% y 7,67% del total de la mortalidad general^{264, 265, 266}.

²⁶³ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

²⁶⁴ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1940.

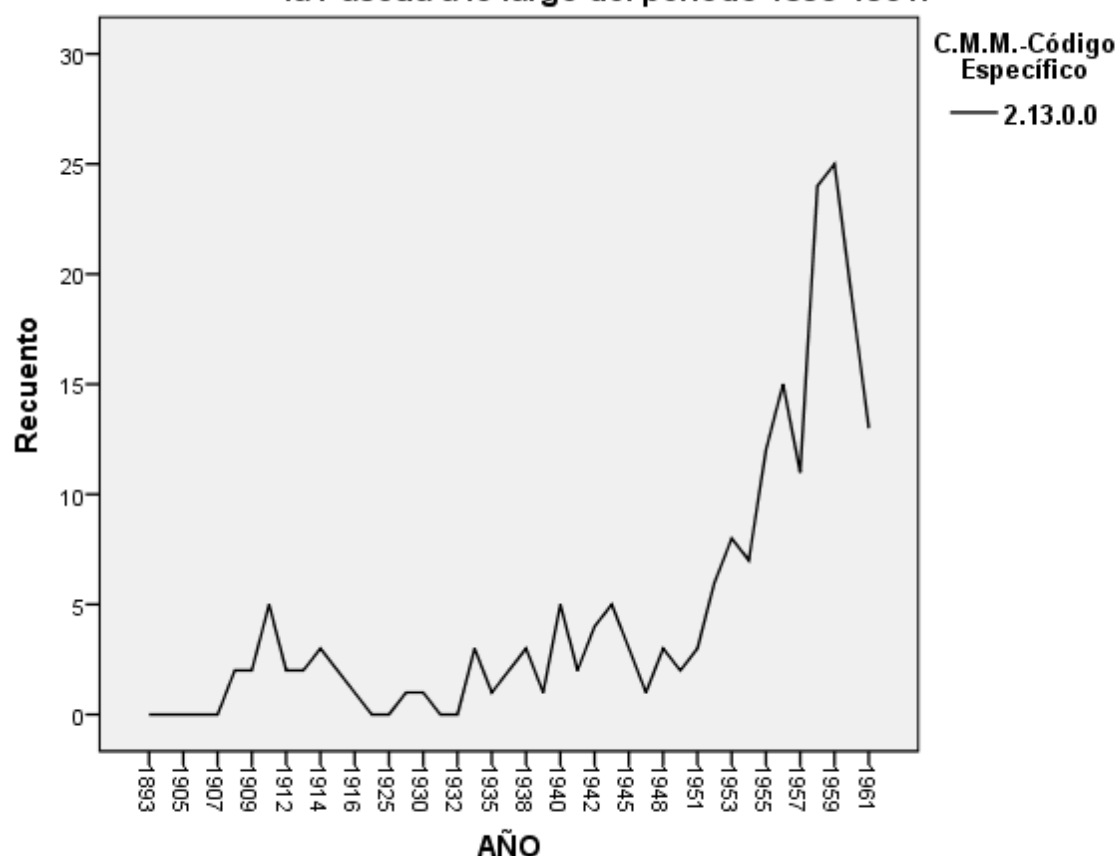
²⁶⁵ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1950.

²⁶⁶ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

Estos porcentajes evidencian un incremento progresivo de la mortalidad por causas exteriores. Cabe destacar que a partir de 1946 las muertes por accidentes de tránsito adquirieron gran importancia en Venezuela, elevándose la tasa de mortalidad que hasta ese entonces se había mantenido por debajo del 3 por 100.000 habitantes, transformándose desde ese entonces en el accidente que más muertes ocasionó en Venezuela (Jacir, 1974:393). En 1950 la mortalidad por vehículos de motor representaba el 20,00% de la mortalidad por accidentes; para 1970 representaba el 50,00% de la mortalidad por accidentes (Jacir, 1974:388). Otras mortalidades por accidentes notables incluyen las siguientes: caídas accidentales: 1950: 22,4%; 1970: 19,8%; ahogamientos y sumersiones accidentales: 1950: 23,3%; 1970: 25,2%; quemaduras: 1950: 10,0%; 1970: 12,6% (Jacir, 1974:393-394).

En el gráfico 13 se presenta la evolución de la mortalidad general por cáncer y tumores (C.M.M.) durante el período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 199 defunciones a las que corresponde este código, lo que representa un promedio anual de 4,63 defunciones. Para todo el período, las muertes por cáncer y tumores ocuparon el undécimo puesto como causa de muerte, acumulando el 1,85% de la mortalidad general y el 2,47% de la mortalidad diagnosticada. Del total de la mortalidad por cáncer y tumores, el cáncer gástrico/de estómago/de hígado acumuló el 40,20% del total, mientras que el cáncer uterino y cáncer de la boca acumularon el 20,60% y 8,04% del total respectivamente. En trece de los 43 años estudiados, el total de defunciones por este código estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1911, 1940, 1944, y todos los años comprendidos entre 1952 y 1961. Sobresalen en particular las cifras absolutas de defunciones de los años 1955 (12), 1956 (15), 1958 (24), 1959 (25), y 1960 (19), las cuales respectivamente acumularon el 5,80%, 8,62%, 8,54%, 7,25% y 6,17% del total de defunciones para esos años. Las enfermedades de naturaleza cancerosa tuvieron mayor auge a finales del período, específicamente 1955-1961, cuando promediaron el 6,40% del total de defunciones de este lapso. Antes de dicho lapso, las enfermedades cancerosas nunca sobrepasaron el 5,00% del total de defunciones anuales.

Gráfico 13. Evolución de la mortalidad general por cáncer y tumores en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En cuanto a Venezuela, durante el período 1905-1912, la mortalidad por cáncer en todas sus formas como porcentaje de la mortalidad general promedió un bajísimo 0,72%²⁶⁷. Para 1925 el 1,40% del total de las primeras 25 causas de muerte correspondía al cáncer (Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). Como porcentaje de la mortalidad general en 1925, la mortalidad por cáncer representó el 1,15% del total (Izard, 1970:11; Zúñiga Cisneros, 1955:2.099). A principios de la década de los años cuarenta, al parecer la mortalidad por cáncer uterino era una de las más comunes en Venezuela. En estudios realizados a principios de dicha década, se encontró que cáncer del cuello uterino era uno de los más frecuentes y en menor frecuencia el cáncer del hígado (Jaffe, 1943:129). Para los años 1941, 1950 y 1961, la mortalidad por cáncer acumuló el 1,56%, 3,76% y 7,14% del total de la mortalidad general respectivamente^{268, 269, 270}. Los porcentajes demuestran que, al igual que las enfermedades cardiovasculares, la tendencia del cáncer era definitivamente alcista.

²⁶⁷ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

²⁶⁸ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1940.

²⁶⁹ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1950.

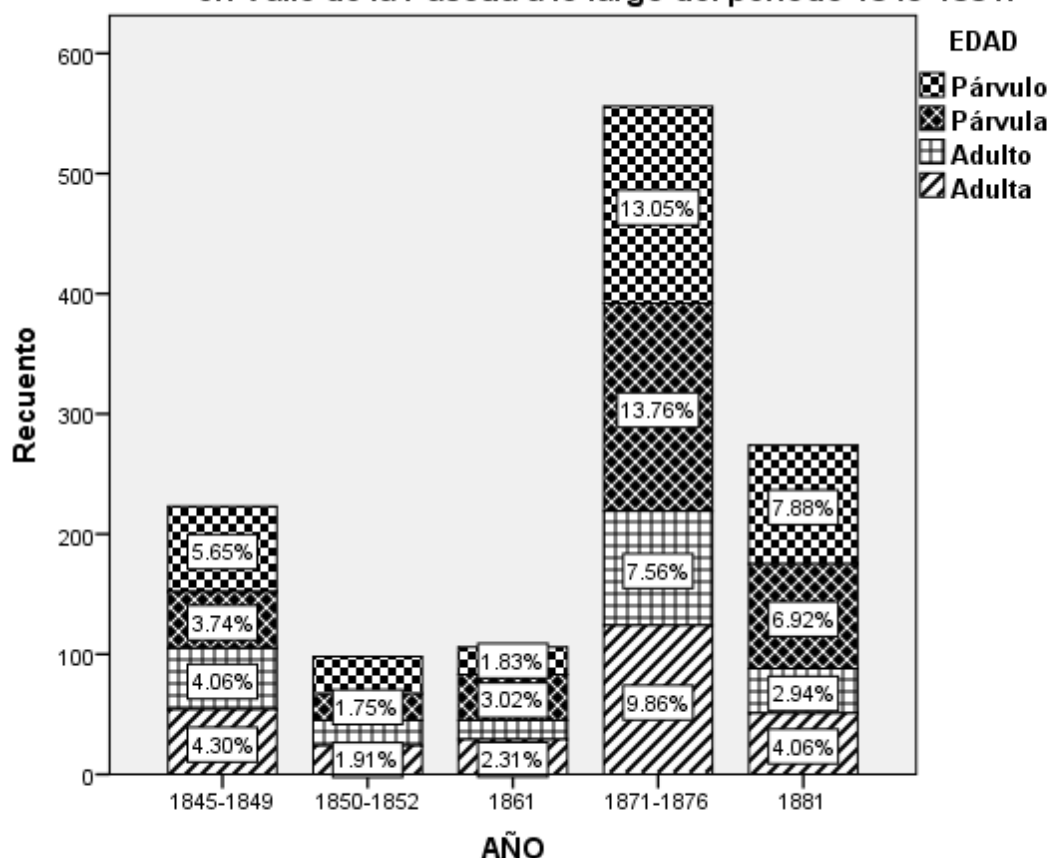
²⁷⁰ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1961.

5.3.2. Evolución de la mortalidad general por edad

La evolución de la mortalidad general por edad reviste gran importancia para los efectos de esta tesis doctoral por cuanto uno de los aspectos claves de una transición epidemiológica es el de un cambio significativo en el patrón de mortalidad en los grupos de edad, específicamente un aumento en el porcentaje de defunciones en los grupos de mayor edad y un descenso del mismo en los grupos más jóvenes.

En el gráfico 14 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por edad categórica durante el período 1845-1881. En la elaboración de este gráfico se utilizaron cinco lapsos de tiempo, a saber: 1845-1849 (5 años), 1850-1852 (3 años), 1861 (1 año), 1871-1876 (3 años) y 1881 (1 año). Como antes indicado, el menor número de defunciones en los lapsos 1845-1849 y 1850-1852 apunta probablemente a un subregistro. No obstante, para todos los lapsos incluidos la constante es el mayor porcentaje de defunciones en el grupo de párvulos, en particular los varones. Esto sugiere quizás una alta mortalidad en el grupo de edad 0-5 años, dado que se considera como párvulo un niño de edad comprendida entre 84 días y 5 años y 11 meses. Sin embargo, como antes mencionado no queda claro cuál era la definición de párvulo en la segunda mitad del siglo XIX. Por otra parte, también se destaca los mayores porcentajes de mortalidad en las adultas.

Gráfico 14. Distribución porcentual de la mortalidad general por edad categórica en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1845-1881.



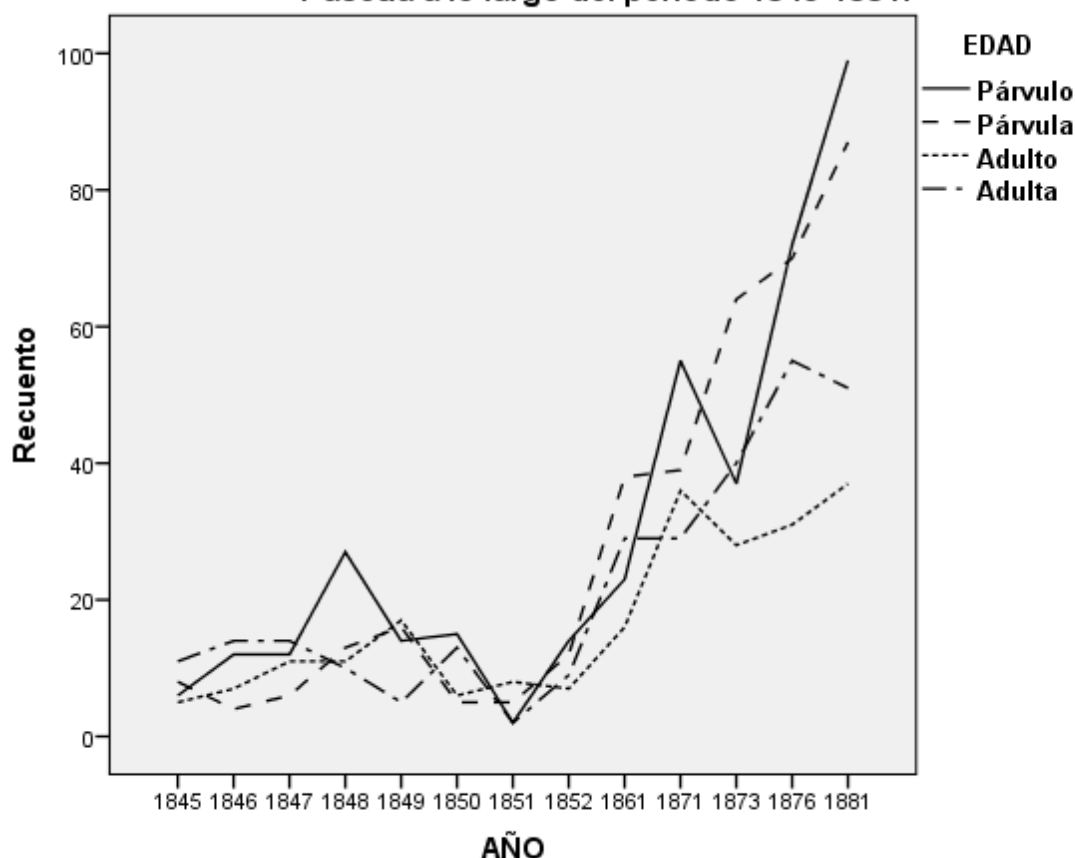
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. Elaboración propia.

En el gráfico 15 se presenta la evolución de la mortalidad por edad categórica durante el lapso 1845-1881, específicamente las edades categóricas «párvulo», «párvula», «adulto» y «adulta». Durante dicho lapso, la mortalidad del grupo de edad «párvulo» registró 388 defunciones con un promedio anual de 29,8 defunciones. En cuatro de los 13 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1871, 1873, 1876 y 1881. Sobresalen las cifras de defunciones de los años 1846 (12), 1848 (27), 1850 (15), 1871 (55), 1876 (72) y 1881 (99), las cuales representaron respectivamente el 32,43%, 44,26%, 38,46%, 34,59%, 31,58% y 34,86% del total de defunciones para esos años. En cuanto a la mortalidad del grupo de edad «párvula», el mismo registró 367 defunciones con un promedio anual de 28,2 defunciones. En cinco de los 13 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1861, 1871, 1873, 1876 y 1881. Se destacan las cifras de defunciones de los años 1849 (16), 1861 (38), 1873 (64), 1876 (70) y 1881 (87), las cuales representaron respectivamente el 30,77%, 35,85%, 37,87%, 30,70% y 30,63% del total de defunciones para esos años.

En lo referente a los grupos de edad «adulto» y «adulta», la mortalidad del grupo de edad «adulto» registró 220 defunciones con un promedio anual de 16,92 defunciones. En cinco de los 13 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1849, 1871, 1873, 1876 y 1881. Sobresalen las cifras de defunciones de los años 1849 (17) y 1851 (8), las cuales representaron respectivamente el 32,69% y 47,06% del total de defunciones para esos años. En cuanto al grupo de edad «adulta», el mismo registró 282 defunciones con un promedio anual 21,69 defunciones. En cinco de los 13 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1861, 1871, 1873, 1876 y 1881. Se destacan la cifras de defunciones de los años 1845 (11), 1846 (14), 1847 (14) y 1850 (13) por representar el 36,67%, 37,84%, 32,56% y 33,33% del total de defunciones para esos años.

Aunque la tendencia de todos los grupos de edad aquí mencionados es definitivamente alcista, en particular los grupos de edad «párvulo» y «párvula», dicha tendencia debe juzgarse con cautela, dada la alta probabilidad de un subregistro en los años comprendidos entre 1845 y 1852. No obstante estas circunstancias, el patrón de mortalidad que surge de estos datos debe considerarse característico de la segunda mitad del siglo XIX, es decir, una alta mortalidad en los grupos de edad más jóvenes.

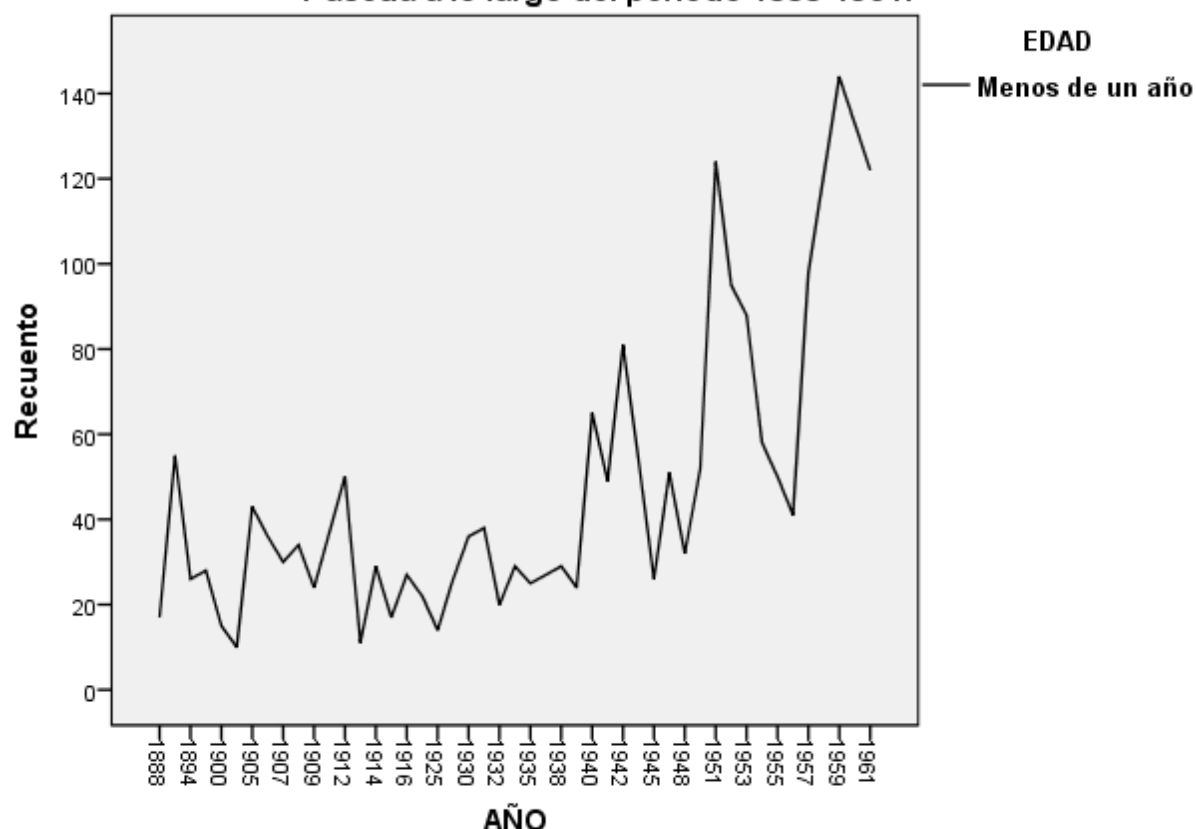
Gráfico 15. Evolución de la mortalidad general por edad categórica en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1845-1881.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. Elaboración propia.

En el gráfico 16 se presenta la evolución de la mortalidad por edad numérica durante el período 1888-1961, específicamente el grupo de edad «Menos de un año». Durante dicho período, la mortalidad en este grupo de edad registró 2.257 defunciones con un promedio anual de 48,02 defunciones. En dieciocho de los 47 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1893, 1912, 1940, 1941, 1942, 1944, 1947 y todos los años comprendidos entre 1950 y 1961, excepto 1956. Se destacan en particular las cifras anuales de defunciones para los años 1951 (124), 1952 (95), 1958 (121), 1959 (145), 1960 (133) y 1961 (122) por acumular respectivamente el 44,60%, 40,08%, 43,06%, 42,03%, 43,18% y 42,96% del total de defunciones para esos años.

Gráfico 16. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En la Venezuela entera, este grupo de edad mostró el ascenso más notable a finales del período, específicamente promediando un porcentaje de 35,79% del total defunciones durante los 12 años del lapso 1950-1961, y 41,15% durante el quinquenio 1957-1961²⁷¹. Para el período 1938-1959, Arreaza Guzmán desglosa la mortalidad infantil en Venezuela en tres grupos de edad: «menores de 28 días», «de 1 a 5 meses» y «de 6 a 11 meses». En su análisis, este autor encontró que el grupo de edad «menores de 28 días» representó consistentemente la mayor proporción de la mortalidad en menores de un año. Por ejemplo, para 1938 la mortalidad en «menores de 28 días» representaba el 38,94% de la mortalidad infantil, cifra que se alzó progresivamente hasta llegar a un 43,80% en 1959. En cambio, los grupos de edad «de 1 a 5 meses» y «de 6 a 11 meses» experimentaron un relativo descenso, si se quiere paralelo, con una diferencia porcentual entre estos dos grupos de edad de aproximadamente 10,00% (Arreaza Guzmán, 1961:85).

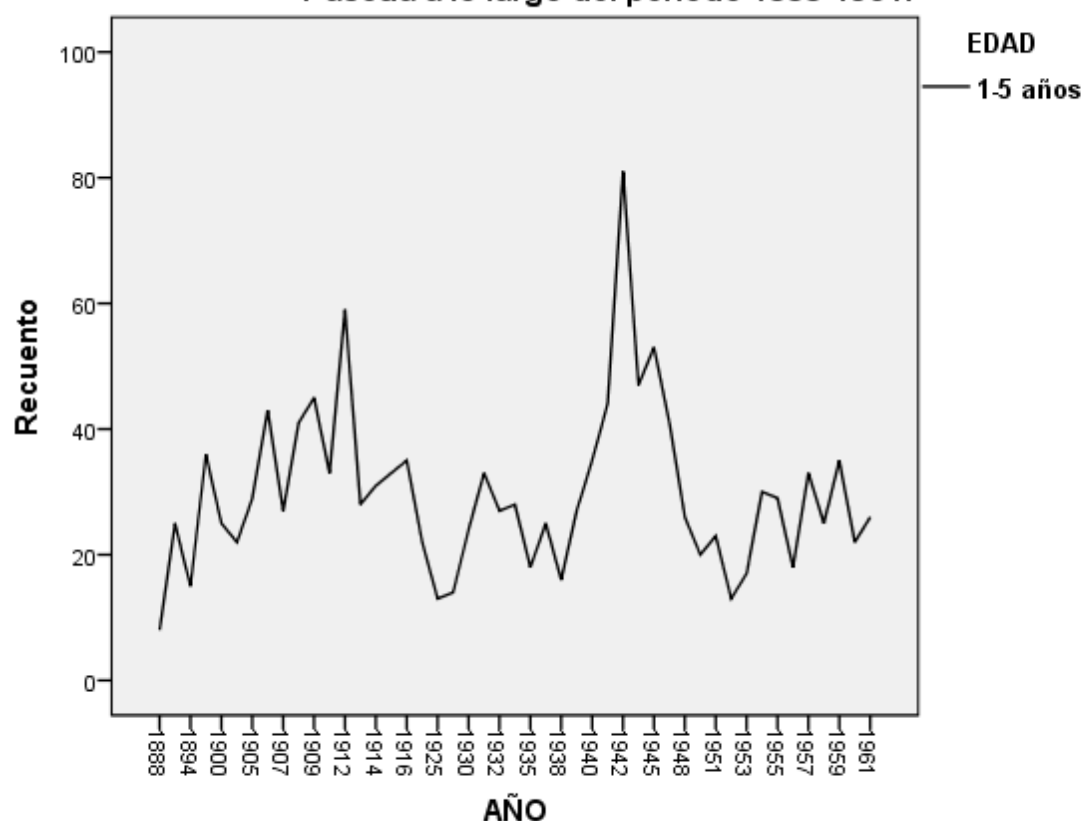
²⁷¹ Anuarios Estadísticos de Venezuela-1957-1963.

En ese mismo análisis, Arreaza Guzmán coloca al grupo de edad «Menos de un año» en el séptimo puesto en términos de la reducción de la mortalidad, registrando una tasa de mortalidad de 121,70 por mil en 1940, la cual descendió a 60,13 por mil en 1959. Al mismo tiempo el porcentaje que arroja la tasa de mortalidad de 1959 en términos de la tasa de mortalidad de 1940 es de 49,41% (Arreaza Guzmán, 1961:87). En cualquier casos, los mencionados porcentajes sobre el total de defunciones entre 1950 y 1961 son significativos, especialmente si se comparan con los porcentajes de las primeras dos décadas del siglo XX. Durante el lapso 1907-1912, los grupos de edad «0 a 1 mes» y «2 a 11 meses» promediaban un 9,36% y 8,81% del total de la mortalidad general²⁷².

En el gráfico 17 se presenta la evolución de la mortalidad por edad numérica durante el período 1888-1961, específicamente el grupo de edad «1-5 años». Durante dicho período, la mortalidad de este grupo de edad registró 1.400 defunciones con un promedio anual de 29,79 defunciones. En diecinueve de los 47 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1898, 1906, 1908, 1909, 1911, 1912, 1914, 1915, 1916, 1931, 1940, 1941, 1942, 1944, 1945, 1947, 1954, 1957 y 1959. Se destacan las cifras absolutas de defunciones de los años 1898 (36), 1942 (81) y 1945 (53), por presentar el 19,67%, 20,15% y 19,78% del total de defunciones para esos años respectivamente. Cabe mencionar que las 59 defunciones que ocurrieron en este grupo de edad en el año 1912 sólo representan el 15,95% del total, lo cual se debe a la elevada mortalidad ocurrida ese año, en el que se registraron 370 defunciones. Aunque este grupo de edad presenta una tendencia si se quiere errática en partes del período 1888-1961, entre 1950 y 1961, promedió un porcentaje de 9,68% del total de defunciones, lo que evidencia una tendencia definitivamente decreciente.

²⁷² Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

Gráfico 17. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



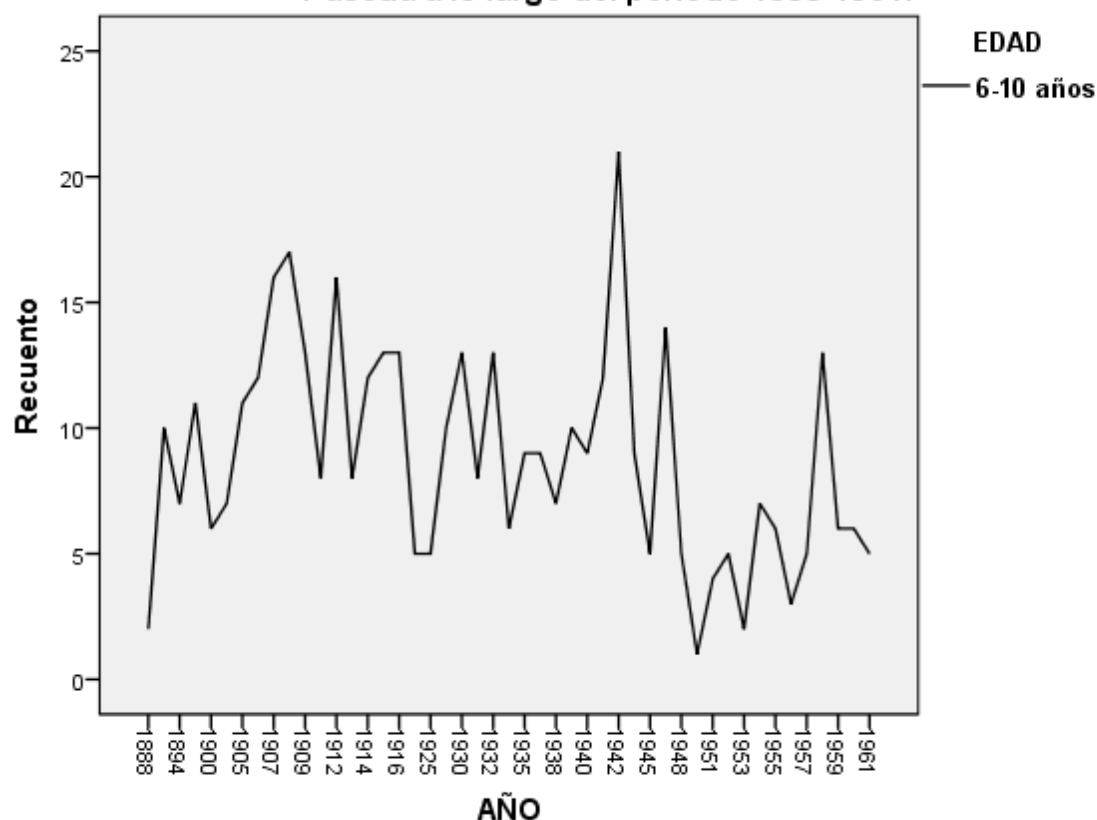
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En relación a la Venezuela entera, el grupo de edad «1 a 4 años» (el más cercano al grupo de edad «1-5 años») muestra elevados porcentajes de la mortalidad general en la primera parte del siglo XX, por ejemplo un promedio porcentual de 18,17% para el lapso 1907-1912²⁷³. A partir de 1940, sin embargo, el patrón de mortalidad de este grupo de edad muestra una tendencia decreciente. En el análisis de la mortalidad por grupos etarios en Venezuela elaborado por Arreaza Guzmán para el lapso 1938-1959, el grupo de edad «1 a 4 años» ocupó el quinto puesto en términos de la reducción de la mortalidad, registrando una tasa de mortalidad de 20,97 por mil en 1940, la cual descendió a 8,79 por mil en 1959. Al mismo tiempo el porcentaje que arroja la tasa de mortalidad de 1959 en términos de la tasa de mortalidad de 1940 es de 41,92% (Arreaza Guzmán, 1961:87).

²⁷³ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

En el gráfico 18 se presenta la evolución de la mortalidad por edad numérica durante el período 1888-1961, específicamente el grupo de edad «6-10 años». Durante dicho período, la mortalidad en este grupo de edad registró 415 defunciones con un promedio anual de 8,83 defunciones. En diecinueve de los 47 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1893, 1898, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1912, 1914, 1915, 1916, 1928, 1930, 1932, 1939, 1941, 1942, 1947 y 1958. Se destacan las cifras absolutas de defunciones de los años 1898 (11) y 1932 (13) por registrar respectivamente el 6,01% y 6,60% del total de defunciones para esos años. Para este grupo de edad, indiscutiblemente el más sano de todos, la tendencia es decreciente con algunos modestos altibajos. Durante el lapso 1950-1961, el promedio porcentual del total de defunciones fue de 2,03%.

Gráfico 18. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



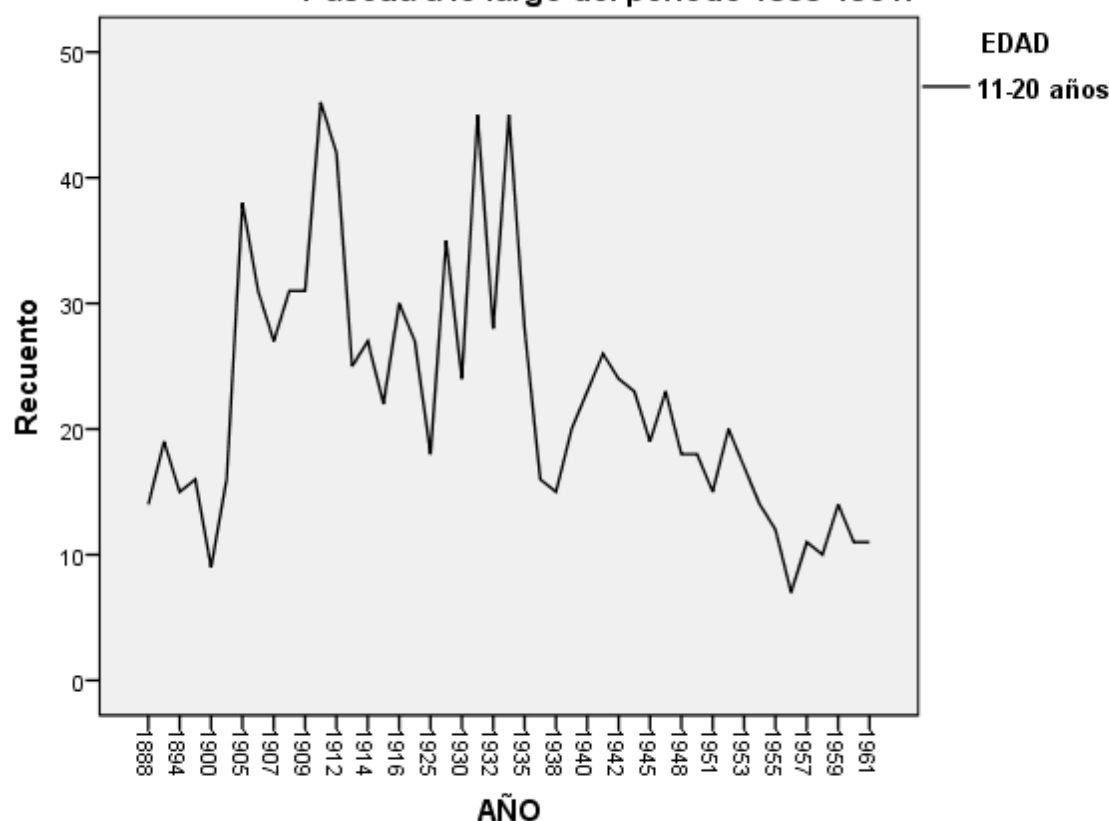
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En cuanto a la Venezuela entera, durante el lapso 1907-1912 el grupo de edad «5 a 10 años» (el más cercano al grupo de edad «6-10 años») muestra un promedio porcentual de 7,14% del total de la mortalidad general²⁷⁴. En el análisis de la mortalidad por grupos etarios en Venezuela elaborado por Arreaza Guzmán para el lapso 1938-1959, el grupo de edad «5 a 9 años» ocupó el cuarto puesto en términos de la reducción de la mortalidad, registrando una tasa de mortalidad de 4,79 por mil en 1940, la cual descendió a 1,78 por mil en 1959. Al mismo tiempo, el porcentaje que arroja la tasa de mortalidad de 1959 en términos de la tasa de mortalidad de 1940 es de 41,33% (Arreaza Guzmán, 1961:87).

²⁷⁴ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

En el gráfico 19 se presenta la evolución de la mortalidad por edad numérica durante el período 1888-1961, específicamente el grupo de edad «11-20 años». Durante dicho período, la mortalidad en este grupo de edad registró 1.056 defunciones con un promedio anual de 22,47 defunciones. En veintidós de los 47 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1911, 1912, 1913, 1914, 1916, 1920, 1928, 1930, 1931, 1932, 1933, 1935, 1940, 1941, 1942, 1944 y 1947. Se destacan las cifras absolutas de defunciones de los años 1911 (46), 1912 (42), 1931 (45) y 1933 (45) por representar el 14,51%, 11,35%, 16,07% y 16,98% del total de defunciones para esos años. En lo que se refiere a los años 1911-1912, la alta mortalidad de los mismos se debió principalmente al paludismo y la tuberculosis, enfermedades que en conjunto ocasionaron el 45,35% de las muertes en este grupo de edad para esos dos años. Por otro lado, las 48 defunciones del grupo de edad «11-20 años» durante el año 1931 fueron en su gran mayoría Mal Definidas (81,25%). No obstante, el patrón estacional de estas defunciones nos da una idea de lo que pudo haber sido la verdadera causa de muerte. Un 48,71% de estas defunciones clasificadas como Mal Definidas ocurrió durante los meses de junio, julio y agosto, lo que parece indicar que estas defunciones fueron causadas por el grupo de enfermedades diarrea, enteritis y gastroenteritis. Al mismo tiempo, un 38,46% de las mencionadas defunciones ocurrieron durante los meses de diciembre, enero y febrero, lo que se podría atribuir al código 1.2.2.0 (enfermedades infecciosas transmitidas por aire), dado que estas enfermedades son muy comunes durante estos meses. Por último, en cuanto al año 1933 la alta mortalidad dentro del grupo de edad «11-20 años» se debió más que todo al paludismo, enfermedad que causó un 40,00% de las defunciones dentro de este grupo de edad. Entre 1937 y 1961, la tendencia de este grupo de edad es definitivamente decreciente. El promedio porcentual del total de defunciones para el lapso 1950-1961, por ejemplo, fue de 5,48%.

Gráfico 19. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



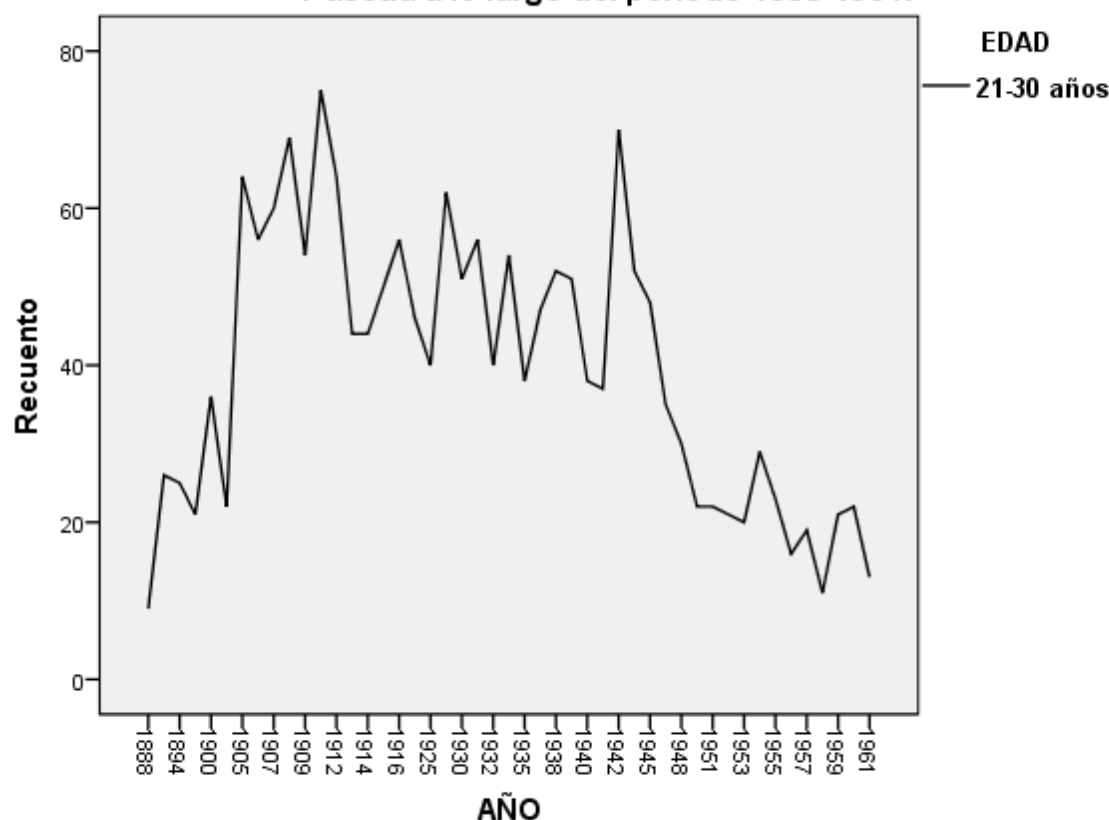
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En cuanto a la Venezuela entera, durante el lapso 1907-1912 los grupos de edad «11 a 15 años» y «16 a 20 años» (los más cercanos al grupo de edad «11-20 años») muestran un promedio porcentual combinado de 9,91% del total de la mortalidad general²⁷⁵. En el análisis de la mortalidad por grupos etarios en Venezuela elaborado por Arreaza Guzmán para el lapso 1938-1959, el grupo de edad «10 a 19 años» ocupó el tercer puesto en términos de la reducción de la mortalidad, registrando una tasa de mortalidad de 3,94 por mil en 1940, la cual descendió a 1,43 por mil en 1959. Al mismo tiempo, el porcentaje que arroja la tasa de mortalidad de 1959 en términos de la tasa de mortalidad de 1940 es de 36,29% (Arreaza Guzmán, 1961:87).

²⁷⁵ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

En el gráfico 20 se presenta la evolución de la mortalidad por edad numérica durante el período 1888-1961, específicamente el grupo de edad «21-30 años». Durante dicho período, la mortalidad en este grupo de edad registró 1.861 defunciones con un promedio anual de 39,60 defunciones. Este promedio fue excedido en veinticinco de los 47 años estudiados, específicamente todos los años del lapso 1905-1939, excepto 1935, y además los años 1942, 1944 y 1945. Se destacan las cifras de defunciones de los años 1925 (40), 1938 (52) y 1939 (51) por acumular respectivamente el 25,81%, 25,74% y 25,12% del total de defunciones para esos años. También, vale la pena destacar que este grupo de edad resultó ser uno de los más favorecidos a finales del período estudiado, acumulando tan solo un promedio de 5,68% del total de las defunciones durante el quinquenio 1957-1961 y mostrando una tendencia marcadamente decreciente.

Gráfico 20. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



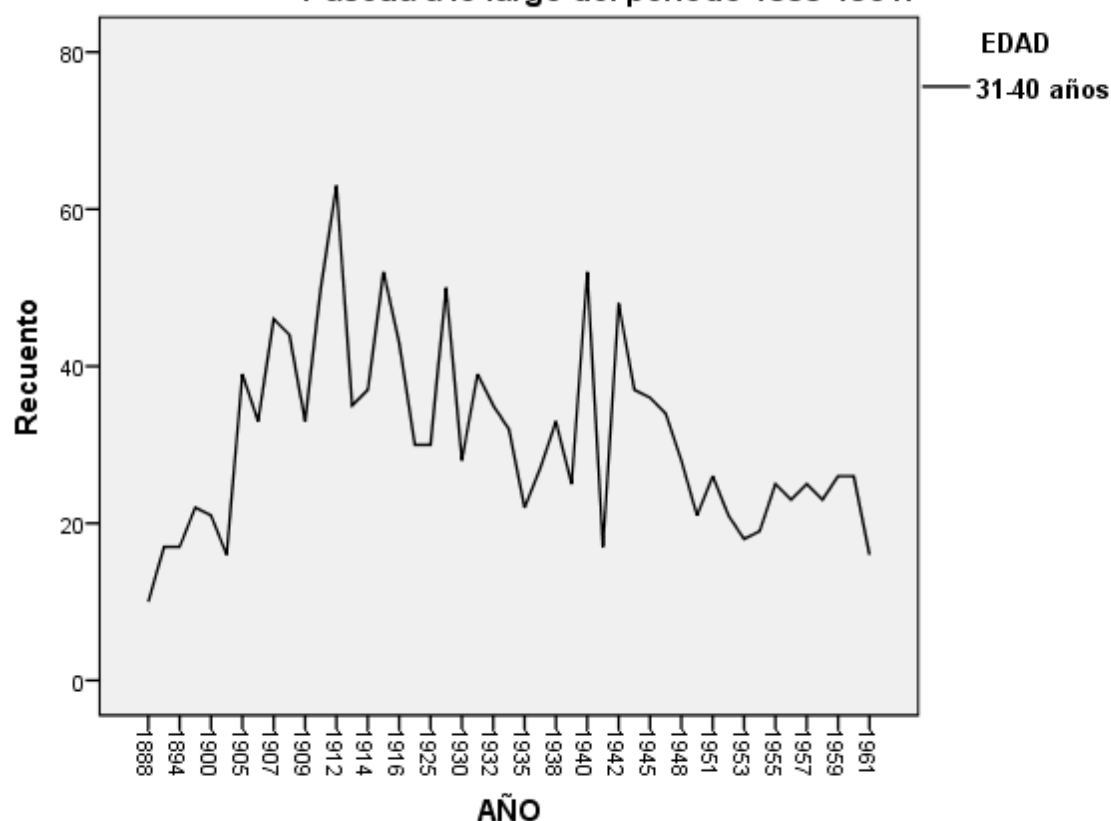
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En cuanto a la Venezuela entera, durante el lapso 1907-1912 el grupo de edad «21 a 30 años» muestra un promedio porcentual de 15,02% del total de la mortalidad general²⁷⁶. En el análisis de la mortalidad por grupos etarios en Venezuela elaborado por Arreaza Guzmán para el lapso 1938-1959, el grupo de edad «20 a 29 años» ocupó el primer puesto en términos de la reducción de la mortalidad, registrando una tasa de mortalidad de 8,83 por mil en 1940, la cual descendió a 2,38 por mil en 1959. Al mismo tiempo, el porcentaje que arroja la tasa de mortalidad de 1959 en términos de la tasa de mortalidad de 1940 es de 26,95% (Arreaza Guzmán, 1961:87).

En el gráfico 21 se presenta la evolución de la mortalidad por edad numérica durante el período 1888-1961 para el grupo de edad «31-40 años». Durante dicho período, la mortalidad en este grupo de edad registró 1.450 defunciones con un promedio anual de 30,85 defunciones. En veintiuno de los 47 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual. Esto incluye todos los años muestrales del lapso 1905-1916, 1928, 1931, 1932, 1933, 1938, 1940, 1942, 1944, 1945 y 1947. Sobresalen las cifras absolutas de defunciones de los años 1915 (52) y 1928 (50), las que respectivamente representaron el 20,47% y 20,00% del total de defunciones para esos dos años. A finales del período, la tendencia de este grupo de edad es decididamente decreciente. Durante el quinquenio 1957-1961, por ejemplo, el promedio porcentual del total de defunciones fue sólo 7,72%.

²⁷⁶ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

Gráfico 21. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



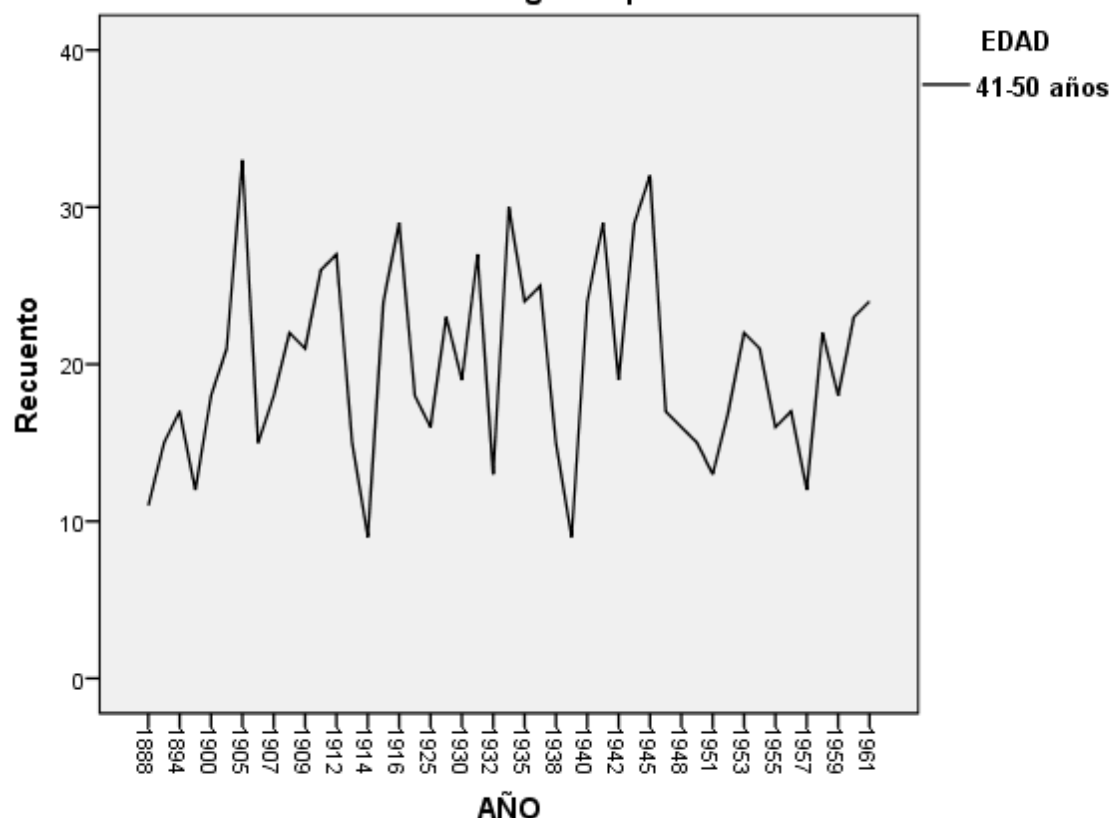
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En cuanto a la Venezuela entera, durante el lapso 1907-1912 el grupo de edad «31 a 40 años» muestra un promedio porcentual de 10,88% del total de la mortalidad general²⁷⁷. En el análisis de la mortalidad por grupos etarios en Venezuela elaborado por Arreaza Guzmán para el lapso 1938-1959, el grupo de edad «30 a 39 años» ocupó el segundo puesto en términos de la reducción de la mortalidad, registrando una tasa de mortalidad de 12,03 por mil en 1940, la cual descendió a 3,95 por mil en 1959. Al mismo tiempo, el porcentaje que arroja la tasa de mortalidad de 1959 en términos de la tasa de mortalidad de 1940 es de 32,83% (Arreaza Guzmán, 1961:87).

²⁷⁷ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

En el gráfico 22 se presenta la evolución de la mortalidad general por edad numérica durante el período 1888-1961 para el grupo de edad «41-50 años». Durante dicho período, la mortalidad en este grupo de edad registró 938 defunciones con un promedio anual de 19,96 defunciones. En veintidós de los 47 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1901, 1905, 1908, 1909, 1911, 1912, 1915, 1916, 1928, 1931, 1933, 1935, 1937, 1940, 1941, 1944, 1945, 1953, 1954, 1958, 1960 y 1961. Se destacan las cifras absolutas de defunciones de los años 1901 (21) y 1935 (24) por representar respectivamente el 14,79% y 12,00% del total de defunciones para esos dos años. Este grupo de edad, el cual representa un punto de transferencia a la tercera edad, no muestra una tendencia definitiva. Durante el lapso 1950-1961, por ejemplo, aunque el promedio porcentual del total de defunciones promedió un 7,44%, los porcentajes oscilan entre un 4,23% en 1957 y un 9,77% en 1956, terminando con un 8,45% en 1961.

Gráfico 22. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



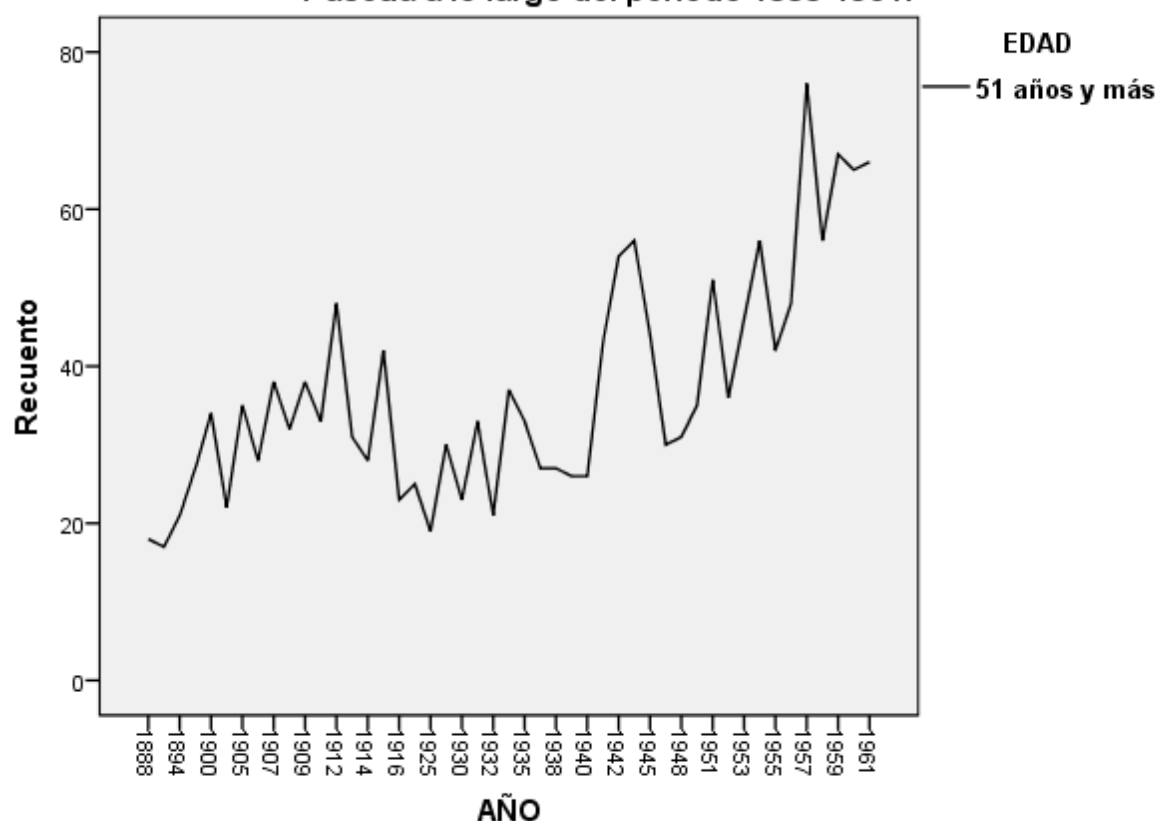
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En cuanto a la Venezuela entera, durante el lapso 1907-1912 el grupo de edad «41 a 50 años» muestra un promedio porcentual de 7,43% del total de la mortalidad general²⁷⁸. En el análisis de la mortalidad por grupos etarios en Venezuela elaborado por Arreaza Guzmán para el lapso 1938-1959, el grupo de edad «40 a 49 años» ocupó el sexto puesto en términos de la reducción de la mortalidad, registrando una tasa de mortalidad de 15,59 por mil en 1940, la cual descendió a 7,37 por mil en 1959. Al mismo tiempo, el porcentaje que arroja la tasa de mortalidad de 1959 en términos de la tasa de mortalidad de 1940 es de 47,27% (Arreaza Guzmán, 1961:87).

En el gráfico 23 se presenta la evolución de la mortalidad por edad numérica durante el período 1888-1961, específicamente el grupo de edad «51 años y más». Durante dicho período, la mortalidad en este grupo de edad registró 1.744 defunciones con un promedio anual de 37,11 defunciones. En dieciocho de los 47 años estudiados, el total de defunciones para este grupo de edad estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1907, 1909, 1912, 1915, 1941, 1942, 1944, 1945, 1951 y todos los años comprendidos entre 1953 y 1961. Sobresalen la cifras absolutas de defunciones de los años 1956 (48) y 1957 (76), por representar el 27,59% y 26,76% del total de defunciones para esos dos años respectivamente. Durante el lapso 1950-1961, el promedio porcentual del total de defunciones fue de 21,23% y la tendencia es definitivamente alcista.

²⁷⁸ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

Gráfico 23. Evolución de la mortalidad general por edad numérica en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En cuanto a la Venezuela entera, durante el lapso 1907-1912 los grupos de edad «51 a 60 años», «61 a 70 años» y «De más de 70 años» muestran un promedio porcentual de 6,06%, 3,76% y 4,48% del total de la mortalidad general respectivamente²⁷⁹. En el análisis de la mortalidad por grupos etarios en Venezuela elaborado por Arreaza Guzmán para el lapso 1938-1959, los grupos de edad «50 a 59 años», «60 a 69 años» y «70 y más años» ocuparon el octavo, noveno y último puesto respectivamente en términos de la reducción de la mortalidad, registrando una tasa de mortalidad de 22,45, 39,36 y 96,73 por mil respectivamente en 1940, la cual descendió a 14,54, 31,06 y 86,78 por mil respectivamente en 1959. Al mismo tiempo, los porcentajes que arrojan las tasas de mortalidad de 1959 en términos de las tasa de mortalidad de 1940 son de 64,77%, 78,91% y 89,71% respectivamente (Arreaza Guzmán, 1961:87). Este grupo de edad es probablemente el que mejor ejemplifica la transición epidemiológica que se estaba gestando en Venezuela en la década de 1950, en vista de los elevados incrementos a finales del período estudiado, lo que concuerda con la propuesta teórica de Omran de una mayor mortalidad en los grupos de edad más avanzados durante la transición epidemiológica.

²⁷⁹ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

5.4. Evolución estacional de la mortalidad general

Indudablemente que la estacionalidad de la mortalidad constituye uno de los mecanismos más importantes para describir y analizar el patrón de la misma. Entre otros factores, las condiciones climáticas juegan un papel significativo en el patrón de la mortalidad de un área determinada y dicho patrón se manifiesta en toda su crudeza en una sociedad poco desarrollada económicamente, una sociedad preindustrial, basada en una precaria agricultura, sin infraestructura sanitaria y permanentemente al orden de la subsistencia (Izquierdo Carrera, 2002:206). Dada la aparente importancia de la estacionalidad, se incluye dentro de esta tesis doctoral una descripción y análisis del patrón estacional de la mortalidad general en Valle de la Pascua durante el largo período 1845-1961.

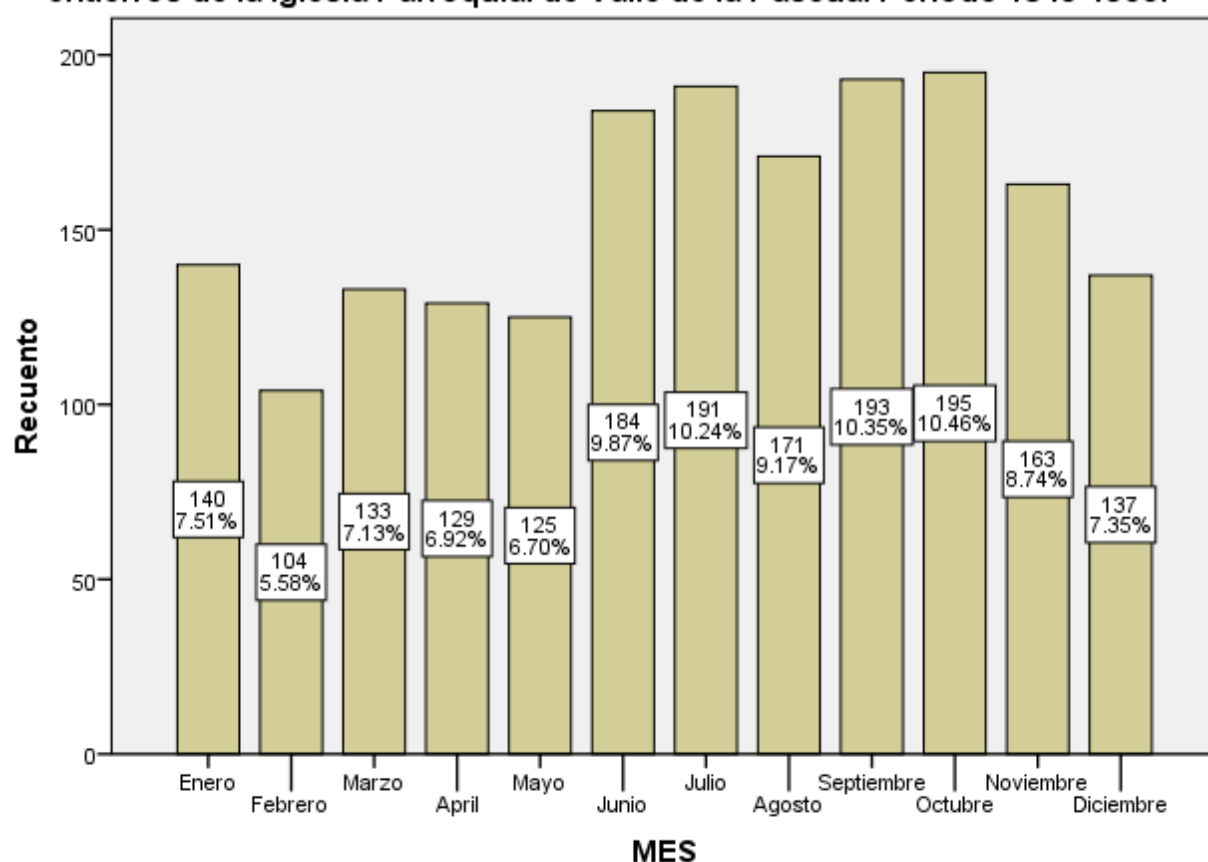
Analizaremos el patrón estacional de la mortalidad general en Valle de la Pascua en términos de la variable mes, por sí sola, y en función de las variables mes y sexo, mes y edad y mes y causa de muerte. Se distinguen tres períodos principales, a saber: 1845-1900, 1893-1935 y 1937-1961. El período 1845-1900 se analiza por sí solo, por cuanto la muestra de defunciones proviene de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. En el caso de los períodos 1893-1935 y 1937-1961, aunque las muestras de defunciones provienen de la misma fuente, en este caso del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, los patrones estacionales de mortalidad tienden a ser distintos, sobre todo porque durante el período 1893-1935 las enfermedades infecciosas fueron las que causaron el mayor número de defunciones, mientras que durante el período 1937-1961, la mortalidad por causas de muerte no infecciosas jugaron un papel de mayor relevancia, lo cual, junto con la eventual caída del paludismo, alteró el patrón estacional de mortalidad visto durante el período 1893-1935.

5.4.1. La mortalidad general por mes

En el gráfico 24 se presenta la distribución mensual de las defunciones registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1845-1900. Como se aprecia en dicho gráfico, el mes de octubre acumuló el mayor porcentaje (10,46%) de las 1.865 defunciones encontradas para dicho período. Le siguen muy de cerca los meses de septiembre y julio con un 10,35% y 10,24% del total de defunciones respectivamente. El mes de febrero acumuló el menor porcentaje del total de defunciones con un 5,58%. Aunque las partidas de defunción de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua no indican una causa de muerte, el patrón estacional de mortalidad visto durante este período apunta a una alta incidencia de enfermedades de naturaleza infecciosa

durante los mencionados meses. Es lógico pensar que probablemente figura el paludismo en los meses de septiembre y octubre y las enfermedades como diarrea, enteritis y gastroenteritis en el mes de julio. Durante el período 1845-1900, sobresale en particular la mortalidad mensual del año 1881, sobre todo porque en ese año los meses de octubre, septiembre y julio registraron el 16,92%, 18,13% y 18,32% respectivamente del total de cada uno de estos meses para todo el período. Esto sugiere una alta incidencia de mortalidad por enfermedades infecciosas durante el año 1881, probablemente el paludismo y las enfermedades gastrointestinales.

Gráfico 24. Distribución mensual de las defunciones registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. Período 1845-1900.

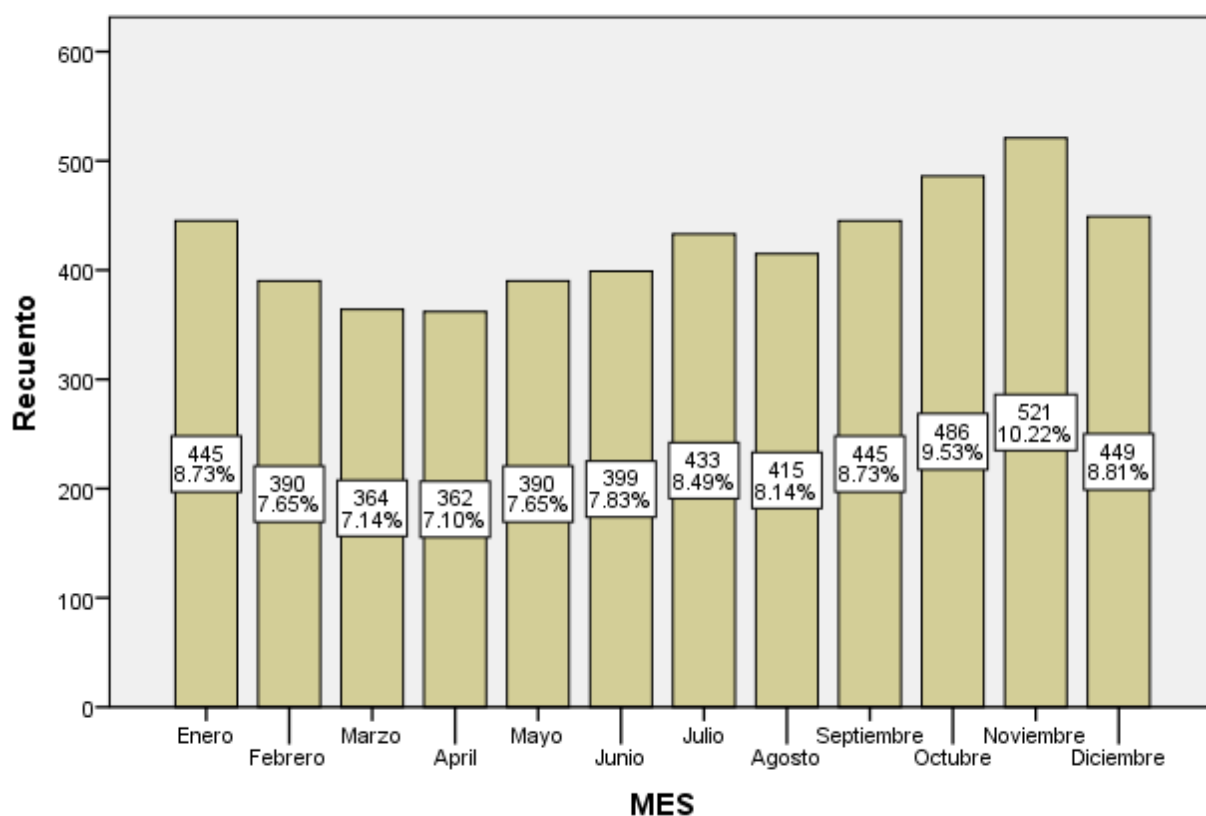


Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. Elaboración propia.

En el gráfico 25 se presenta la distribución mensual de las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, para los años muestrales del período 1893-1935. Como se aprecia en dicho gráfico, el mes de noviembre acumuló el mayor porcentaje con un 10,46% del total de defunciones para dicho período. Se destacan también los meses de octubre y diciembre con un 9,53% y 8,81% del total de defunciones respectivamente. La mayor frecuencia de defunciones en estos tres meses se debió en parte a la mortalidad por paludismo, la cual registró respectivamente el 22,65%, 31,07% y 18,31% del total de esos meses para todo el período. Por otra parte, el mes de

abril acumuló el porcentaje más bajo con un 7,10% del total de defunciones. Se podría destacar cierta similitud entre la estacionalidad de la mortalidad en Valle de la Pascua y la de toda Venezuela durante el período 1893-1935, o por lo menos durante partes del mismo. Por ejemplo, entre 1907 y 1912, los porcentajes de defunciones para toda Venezuela son más altos durante los meses de enero, octubre y noviembre, representando un 9,11%, 9,02% y 9,04% del total de defunciones para ese lapso respectivamente.

Gráfico 25. Distribución mensual de las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Período 1893-1935.

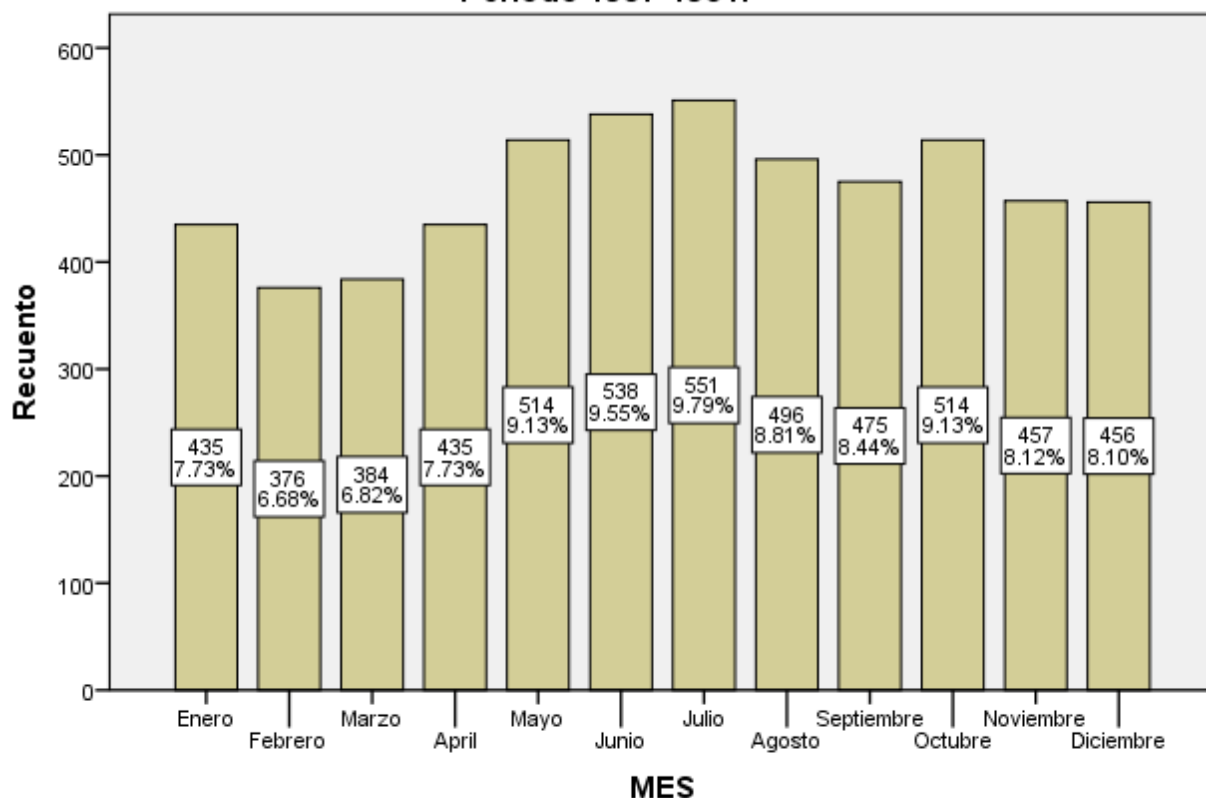


Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En el gráfico 26 se presenta la distribución mensual de las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, para los años muestrales del período 1937-1961. Como se aprecia en dicho gráfico, el mes de julio acumuló el mayor porcentaje con un 9,79% del total de defunciones para dicho período. Le siguen los meses de junio, octubre y mayo con un 9,55%, 9,13% y 9,13% del total de defunciones respectivamente. El mes de febrero acumuló el menor porcentaje del total de defunciones con un 6,68%. Para los meses de julio, junio, octubre y mayo, el código 14.3 (enfermedad mal definida) fue el que registró los más altos porcentajes, en este caso un 28,31%, 31,23%, 33,85% y 24,32% respectivamente.

Es muy probable que un gran porcentaje de las causas de muerte por enfermedades mal definidas fueron en realidad enfermedades muy comunes durante los citados meses, es decir paludismo en octubre y el grupo de diarrea, enteritis y gastroenteritis en los meses de mayo, junio y julio. Al examinarse la mortalidad diagnosticada (la mortalidad general menos las enfermedades mal definidas), se observa que la causa de muerte principal durante los meses de julio, junio y mayo fue el grupo de enfermedades compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis, al registrar respectivamente 22,98%, 19,40% y 16,97% del total de la mortalidad diagnosticada para esos meses para todo el período. En el caso del mes de octubre, las enfermedades del corazón acumularon el mayor porcentaje de la mortalidad diagnosticada para ese mes y durante todo el período con un 11,01%. El paludismo quedó relegado al segundo lugar con un 8,63%.

Gráfico 26. Distribución de las defunciones registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Período 1937-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En lo que se refiere a Venezuela durante el período 1937-1961, las estadísticas disponibles sobre la mortalidad general nos dan una idea acerca de las características del patrón estacional de la mortalidad. Las estadísticas de mortalidad general para los años del lapso 1939-1942, por ejemplo, presentan a enero, julio y diciembre con los porcentajes más elevados del total de defunciones, acumulando el 9,19%, 9,16% y 8,63% del total para esos cuatro años. El mismo patrón estacional de mortalidad general se observa durante el lapso

1955-1961. Durante este lapso, los meses de enero, julio y diciembre acumularon el 8,63%, 8,61% y 8,64% respectivamente del total de defunciones para los siete años del mencionado lapso. Este patrón estacional de mortalidad parece reflejar conjuntamente la caída del paludismo a finales de la década de los cincuenta y la marcada frecuencia de muertes por enfermedades gastrointestinales (mes de julio) y respiratorias (meses de diciembre y enero).

5.4.2. La mortalidad general por mes y sexo

En la tabla 76 se presenta la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1845-1900. En dicha tabla se presentan los porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general.

Mortalidad masculina por mes (1845-1900) – En lo que se refiere al sexo masculino, resalta el mayor porcentaje de defunciones en el mes de octubre con un 11,05%. También resalta el mes de septiembre con un 10,52% del total de la mortalidad masculina. En este caso hay que pensar que el paludismo probablemente jugó un papel de importancia, dada la alta incidencia de esta enfermedad en los meses de septiembre, octubre y noviembre. Por último, el más bajo porcentaje de defunciones masculinas se registró en el mes de febrero (4,99%), lo cual era de esperarse dado que es un mes de la estación seca y la incidencia de enfermedades infecciosas es siempre mucho más baja.

Mortalidad femenina por mes (1845-1900) – En cuanto a las mujeres, resaltan los altos porcentajes de mortalidad femenina en los meses de julio, septiembre, octubre y junio, acumulando respectivamente un 10,72%, 10,28%, 9,96% y 9,85%. Una vez más, este patrón estacional de mortalidad implica al grupo de enfermedades compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis, al igual que el paludismo, como las causas más probables de la elevada mortalidad durante los mencionados meses. Al igual que el caso de la mortalidad masculina, el más bajo porcentaje de defunciones femenina se registró en el mes de febrero (6,24%) y se podría especular que por la misma razón antes citada para la mortalidad masculina.

Tabla 76. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua. Período 1845-1900. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general.				
Mes	Sexo			Total mortalidad general
	Varones	Mujeres	No consta	
Enero	6,16%	7,99%	90,00%	7,51%
Febrero	4,99%	6,24%	0,00%	5,58%
Marzo	6,38%	7,88%	10,00%	7,13%
Abril	7,12%	6,78%	0,00%	6,92%
Mayo	7,12%	6,35%	0,00%	6,70%
Junio	9,99%	9,85%	0,00%	9,87%
Julio	9,88%	10,72%	0,00%	10,24%
Agosto	9,78%	8,64%	0,00%	9,17%
Septiembre	10,52%	10,28%	0,00%	10,35%
Octubre	11,05%	9,96%	0,00%	10,46%
Noviembre	9,99%	7,55%	0,00%	8,74%
Diciembre	7,01%	7,77%	0,00%	7,35%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

En la tabla 77 se presenta la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1893-1935. En dicha tabla se presentan los porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general.

Mortalidad masculina por mes (1893-1935) - En lo que se refiere a los varones, resaltan los altos porcentajes en los meses de enero, julio, septiembre, octubre y noviembre, en este caso, 9,70%, 9,39%, 9,55%, 9,32% y 9,51% del total de la mortalidad masculina respectivamente. En el mes de enero sobresalen la mortalidad por paludismo y la mortalidad por neumonía con un 26,13% y 24,62% del total la mortalidad masculina diagnosticada para ese mes respectivamente. En el mes de julio sobresale la mortalidad por diarrea, enteritis y gastroenteritis, la mortalidad por paludismo y la mortalidad por neumonía con un 17,37%, 15,79% y 13,68% de la mortalidad masculina diagnosticada para ese mes. En los meses de septiembre, octubre y noviembre se destaca principalmente la mortalidad por paludismo con porcentajes sobre la mortalidad masculina diagnosticada para esos meses de 20,60%, 35,47% y 30,23% respectivamente. Por último, debe destacarse que el porcentaje más bajo de mortalidad masculina durante este período se registró en el mes de abril (6,56%).

Mortalidad femenina por mes (1893-1935) - En cuanto a las mujeres, se destacan los altos porcentajes de defunciones en los meses de noviembre, octubre y diciembre

específicamente 10,96%, 9,76% y 8,71% del total de la mortalidad femenina respectivamente. En estos tres meses se destaca la mortalidad por paludismo con un 37,80%, 23,56% 20,34% respectivamente de la mortalidad femenina diagnosticada para esos meses. Finalmente, debe destacarse que el porcentaje más bajo de mortalidad femenina durante este período se registró en el mes de marzo (6,99%).

Tabla 77. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua. Período 1893-1935. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general.			
Mes	Sexo		Total mortalidad general
	Varones	Mujeres	
Enero	9,70%	7,71%	8,73%
Febrero	7,17%	8,15%	7,65%
Marzo	7,29%	6,99%	7,14%
Abril	6,56%	7,67%	7,10%
Mayo	7,09%	8,23%	7,65%
Junio	7,36%	8,31%	7,83%
Julio	9,39%	7,55%	8,49%
Agosto	8,17%	8,11%	8,14%
Septiembre	9,55%	7,87%	8,73%
Octubre	9,32%	9,76%	9,53%
Noviembre	9,51%	10,96%	10,22%
Diciembre	8,90%	8,71%	8,81%
Total	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.			

En la tabla 78 se presenta la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1967. En dicha tabla se presentan los porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general.

Mortalidad masculina por mes (1937-1961) - En lo que se refiere a los varones, resaltan los altos porcentajes en los meses de mayo, junio, julio y octubre, en este caso, 9,09%, 10,01%, 9,85%, y 9,46% del total de la mortalidad masculina respectivamente. En los meses de mayo, junio y julio sobresale la mortalidad por diarrea, enteritis y gastroenteritis con un 15,98%, 18,66% y 19,82% del total de la mortalidad masculina diagnosticada para esos meses. En el mes de octubre se destaca la mortalidad por paludismo y la mortalidad por enfermedades del corazón con porcentajes sobre la mortalidad masculina diagnosticada para ese mes de 11,68% y 10,15% respectivamente. Por último, debe destacarse que el porcentaje más bajo de mortalidad masculina durante este período se registró en el mes de febrero (6,20%).

Mortalidad femenina por mes (1937-1961) - En cuanto a las mujeres, se destacan los altos porcentajes de defunciones en los meses de mayo, junio, julio y agosto, específicamente 9,17%, 9,01%, 9,71% y 9,13% del total de la mortalidad femenina respectivamente. En dichos meses sobresale la mortalidad por diarrea, enteritis y gastroenteritis con un 17,86%, 20,25%, 25,57% y 12,50% respectivamente del total de la mortalidad femenina diagnosticada para los mismos. También, en el mes de agosto sobresale la mortalidad por tuberculosis con un 13,75% del total de la mortalidad femenina diagnosticada para ese mes. Finalmente, debe destacarse que el porcentaje más bajo de mortalidad femenina durante este período se registró en el mes de marzo (6,81%).

Tabla 78. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general.			
Mes	Sexo		Total mortalidad general
	Varones	Mujeres	
Enero	7,81%	7,62%	7,73%
Febrero	6,20%	7,23%	6,68%
Marzo	6,83%	6,81%	6,82%
Abril	7,88%	7,54%	7,73%
Mayo	9,09%	9,17%	9,13%
Junio	10,01%	9,01%	9,55%
Julio	9,85%	9,71%	9,79%
Agosto	8,54%	9,13%	8,81%
Septiembre	8,60%	8,24%	8,44%
Octubre	9,46%	8,74%	9,13%
Noviembre	8,04%	8,20%	8,12%
Diciembre	7,68%	8,59%	8,10%
Total	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.			

5.4.3. La mortalidad general por mes y edad

La mortalidad general por mes y edad categórica (1845-1881). En la tabla 79 se presenta la mortalidad general por mes y edad categórica para los años muestrales del lapso 1845-1881. Como se aprecia en dicha tabla, para todos los grupos de edad los más altos porcentajes del total de defunciones se agrupan entre junio y octubre. Sólo el grupo de edad «adulto» muestra un patrón estacional ligeramente diferente por cuanto los más altos porcentajes del total de defunciones se agrupan entre julio y noviembre. Aun así, el patrón estacional de mortalidad para estos cuatros grupos de edad sugiere causas de muerte por enfermedades de naturaleza infecciosa, lo que implicaría una alta incidencia de enfermedades gastrointestinales en los meses de junio, julio y agosto, y de paludismo en los meses de

septiembre, octubre y noviembre. En cuanto a los meses con porcentajes más bajos para los cuatro grupos de edad, se aprecia que para los párvulos fue febrero (3,35%), para las párvulas noviembre (5,18%) y para los adultos y adultas el mes de diciembre (5,91% y 5,32% respectivamente). Los bajos porcentajes en febrero y diciembre, en el caso de los párvulos y los adultos y adultas, parecen ser razonables dado que esos son meses de la estación seca y por lo tanto experimentan una menor incidencia de enfermedades infecciosas. En el caso de las párvulas, es mucho más difícil explicar el bajo porcentaje durante el mes de noviembre, aunque podría ser debido a la presencia de un subregistro en las defunciones de párvulas para ese mes.

Tabla 79. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad categórica en Valle de la Pascua. Período 1845-1881. Porcentajes al total de cada edad categórica y al total de la mortalidad general.

Mes/edad numérica	Párvulo	Párvula	Adulto	Adulta	No consta	Total mortalidad general
Enero	6,96%	8,72%	7,73%	7,09%	90,00%	8,29%
Febrero	3,35%	6,81%	7,27%	6,38%	0,00%	5,68%
Marzo	6,70%	7,63%	6,36%	8,51%	10,00%	7,34%
Abril	6,70%	7,63%	7,27%	8,16%	0,00%	7,34%
Mayo	8,76%	7,63%	6,82%	6,38%	0,00%	7,50%
Junio	11,60%	13,08%	8,64%	10,64%	0,00%	11,21%
Julio	8,25%	10,08%	10,91%	9,93%	0,00%	9,55%
Agosto	11,08%	8,72%	10,00%	10,28%	0,00%	9,94%
Septiembre	12,37%	9,26%	8,64%	11,35%	0,00%	10,50%
Octubre	11,60%	8,17%	10,00%	9,93%	0,00%	9,87%
Noviembre	7,22%	5,18%	10,45%	6,03%	0,00%	6,87%
Diciembre	5,41%	7,08%	5,91%	5,32%	0,00%	5,92%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua. Elaboración propia.

La mortalidad general por mes y edad numérica (1888-1935). En las tabla 80 y 81 se presenta la mortalidad general por mes y edad numérica para los años muestrales del período 1888-1935. Se incluyen en esta tabla los cuatro años de los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua, en los cuales se indica una edad numérica. Dichos años son los siguientes: 1888, 1894, 1898 y 1900. El patrón estacional para cada grupo de edad analizado es el siguiente:

Menos de un año – El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de noviembre (11,71%), mientras que el más bajo se registró en el mes de marzo (5,35%). En el mes de noviembre, el paludismo fue responsable del 23,33% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

1-5 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de octubre (14.43%), mientras que el más bajo se registró en el mes de febrero (4,62%). En el mes de octubre, el paludismo fue responsable del 58,11% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

6-10 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de noviembre (12,35%), mientras que el más bajo se registró en el mes de febrero (3,59%). En el mes de noviembre, el paludismo fue responsable del 41,67% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

11-20 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de septiembre (10.30%), mientras que el más bajo se registró en el mes de agosto (6,24%). En el mes de septiembre, el paludismo fue responsable del 27,59% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

21-30 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de noviembre (9,54%), mientras que el más bajo se registró en el mes de abril (6,62%). En el mes de noviembre, el paludismo fue responsable del 21,95% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

31-40 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de noviembre (10,06%), mientras que el más bajo se registró en el mes de junio (6,86%). En el mes de noviembre, la neumonía y el paludismo fueron responsables del 26,15% y el 24,62% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad respectivamente.

41-50 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de diciembre (11.33%), mientras que el más bajo se registró en el mes de abril (6,16%). En el mes de diciembre, el paludismo y la neumonía fueron responsables del 21,95% y el 19,51% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad respectivamente.

51 años y más - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de julio (9,91%), mientras que el más bajo se registró en el mes de marzo (4,61%). En el mes de julio, tanto el grupo de enfermedades diarrea, enteritis y gastroenteritis como las enfermedades del corazón fueron responsables del 14,00% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad respectivamente.

Tabla 80. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad numérica en Valle de la Pascua (1888-1935). Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general.					
Mes/Grupo de edad	Menos de 1 año	1-5 años	6-10 años	11-20 años	Total mortalidad general
Enero	6,65%	5,60%	8,37%	9,43%	8,06%
Febrero	5,78%	4,62%	3,59%	6,97%	7,04%
Marzo	5,35%	5,60%	8,37%	7,98%	6,95%
Abril	6,21%	4,90%	5,98%	7,98%	7,35%
Mayo	7,66%	6,86%	5,98%	7,84%	8,25%
Junio	9,39%	6,44%	8,76%	6,97%	8,63%
Julio	9,68%	8,68%	9,16%	7,69%	9,30%
Agosto	10,12%	8,82%	7,17%	6,24%	8,43%
Septiembre	9,83%	9,94%	9,16%	10,30%	8,65%
Octubre	9,97%	14,43%	11,16%	9,29%	9,44%
Noviembre	11,71%	12,46%	12,35%	10,16%	9,30%
Diciembre	7,66%	11,62%	9,96%	9,14%	8,60%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

Tabla 81. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad numérica en Valle de la Pascua (1888-1935). Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general.						
Mes/Grupo de edad	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51 años y más	No consta	Total mortalidad general
Enero	8,94%	9,94%	8,95%	9,50%	4,85%	8,06%
Febrero	9,03%	9,35%	7,95%	8,14%	7,77%	7,04%
Marzo	8,68%	8,40%	7,75%	4,61%	5,83%	6,95%
Abril	6,62%	8,40%	6,16%	8,55%	7,77%	7,35%
Mayo	7,65%	6,98%	7,16%	7,33%	10,68%	8,25%
Junio	8,86%	6,86%	7,55%	7,46%	5,83%	8,63%
Julio	7,48%	9,47%	9,34%	9,91%	10,68%	9,30%
Agosto	7,57%	8,05%	8,15%	8,41%	6,80%	8,43%
Septiembre	8,86%	7,10%	7,55%	8,41%	8,74%	8,65%
Octubre	8,94%	6,86%	9,15%	9,23%	15,53%	9,44%
Noviembre	9,54%	10,06%	8,95%	9,77%	12,62%	9,30%
Diciembre	7,82%	8,52%	11,33%	8,68%	2,91%	8,60%
Total	100,00%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.						

La mortalidad general por mes y edad numérica (1937-1961). En las tabla 82 y 83 se presenta la mortalidad general por mes y edad numérica para los años muestrales del período 1937-1961. El patrón estacional para cada grupo de edad analizado es el siguiente:

Menos de un año – El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de julio (11.19%), mientras que el más bajo se registró en el mes de marzo (6,27%). En el mes de julio, el grupo de enfermedades diarrea, enteritis y gastroenteritis fue responsable del 34,01% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

1-5 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en los meses de mayo (11,35%) y julio (11,35%), mientras que el más bajo se registró en el mes de febrero (5,39%). En los meses de mayo y julio, el grupo de enfermedades diarrea, enteritis y gastroenteritis fue responsable del 39,21% y 54,55% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad respectivamente.

6-10 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en los meses de octubre (14,02%) y noviembre (14,02%), mientras que el más bajo se registró en el mes de febrero (4,88%). En los meses de octubre y noviembre, el paludismo fue responsable del 46,15% y 11,11% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad respectivamente.

11-20 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de octubre (11,72%), mientras que el más bajo se registró en el mes de febrero (4,63%). En el mes de octubre, las enfermedades del corazón y el paludismo fueron responsables del 14,81% y 11,11% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad respectivamente.

21-30 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de junio (9,73%), mientras que el más bajo se registró en el mes de enero (6,58%). En el mes de junio, las enfermedades del corazón fueron responsable del 17,07% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

31-40 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de agosto (10,73%), mientras que el más bajo se registró en el mes de marzo (5,61%). En el mes de agosto, la tuberculosis fue responsable del 21,62% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

41-50 años - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de diciembre (11,26%), mientras que el más bajo se registró en el mes de marzo (5,29%). En el mes de diciembre, las enfermedades del corazón fueron responsables del 22,22% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

51 años y más - El más alto porcentaje al total de la edad se registró en el mes de enero (9,42%), mientras que el más bajo se registró en el mes de febrero (6,85%). En el mes de enero, las enfermedades del corazón fueron responsables del 30,30% de la mortalidad diagnosticada para este grupo de edad.

Tabla 82. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad numérica en Valle de la Pascua (1937-1961). Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general.					
Mes/Grupo de edad	Menos de 1 año	1-5 años	6-10 años	11-20 años	Total mortalidad general
Enero	6,27%	7,13%	9,15%	8,17%	7,73%
Febrero	7,10%	5,39%	4,88%	4,63%	6,68%
Marzo	6,65%	7,28%	5,49%	6,27%	6,82%
Abril	8,63%	5,53%	9,15%	7,63%	7,73%
Mayo	9,27%	11,35%	5,49%	8,99%	9,15%
Junio	10,81%	9,32%	7,93%	7,08%	9,54%
Julio	11,19%	11,35%	10,37%	9,54%	9,79%
Agosto	7,54%	9,17%	7,93%	9,54%	8,81%
Septiembre	8,89%	9,75%	6,10%	8,72%	8,44%
Octubre	8,50%	9,46%	14,02%	11,72%	9,13%
Noviembre	7,93%	8,59%	14,02%	8,45%	8,12%
Diciembre	7,23%	5,68%	5,49%	9,26%	8,10%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

Tabla 83. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad numérica en Valle de la Pascua (1937-1961). Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general.						
Mes/Grupo de edad	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51 años y más	No consta	Total mortalidad general
Enero	6,58%	9,57%	8,28%	9,42%	7,92%	8,06%
Febrero	8,15%	6,27%	7,13%	6,85%	7,92%	7,04%
Marzo	7,73%	5,61%	5,29%	7,94%	6,93%	6,95%
Abril	8,44%	8,42%	6,44%	7,64%	3,96%	7,35%
Mayo	9,30%	7,92%	9,43%	9,33%	1,98%	8,25%
Junio	9,73%	10,23%	9,43%	8,63%	6,93%	8,63%
Julio	7,87%	9,08%	8,28%	8,53%	13,86%	9,30%
Agosto	8,58%	10,73%	10,57%	8,93%	5,94%	8,43%
Septiembre	8,15%	6,60%	8,74%	7,74%	13,86%	8,65%
Octubre	9,44%	8,42%	7,82%	8,73%	10,89%	9,44%
Noviembre	7,15%	8,75%	7,36%	7,44%	9,90%	9,30%
Diciembre	8,87%	8,42%	11,26%	8,83%	9,90%	8,60%
Total	100,00%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.						

5.4.4. La mortalidad general por mes y causa de muerte

La mortalidad general por mes y grandes grupos de causas (C.M.M.)

En la tabla 84 se presenta la mortalidad general por mes y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1893-1935. Como se aprecia en dicha tabla, de las 3.509 defunciones por enfermedades infecciosas ocurridas durante el período 1893-1935, un 11,03% ocurrió en el mes de noviembre y un 10,49% en el mes de octubre, los más altos porcentajes para el mencionado período. El mes de marzo registró el más bajo porcentaje con un 6,53% del total. Por otro lado, de las 658 defunciones

por causas de muerte no infecciosas ocurridas durante el período 1893-1935, un 10,33% ocurrió en el mes de junio, el más alto porcentaje. Al mismo tiempo, el más bajo porcentaje se registró en el mes de octubre con un 6,84% del total. Por último, de las 932 defunciones clasificadas como mal definidas durante el mismo período, el más alto porcentaje (9,76%) se registró en el mes de mayo y el más bajo (6,33%) en el mes de febrero.

Tabla 84. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y grandes grupos de causas (C.M.M.) Valle de la Pascua. Período 1893-1935. Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general.				
Mes	C.M.M.			Total mortalidad general
	Mortalidad por enfermedades infecciosas	Mortalidad por causas de muerte no infecciosas	Mortalidad por causas de muerte mal definidas	
Enero	8,92%	7,14%	9,12%	8,73%
Febrero	7,95%	7,90%	6,33%	7,65%
Marzo	6,53%	9,12%	8,05%	7,14%
Abril	6,58%	8,36%	8,15%	7,10%
Mayo	7,04%	7,90%	9,76%	7,65%
Junio	7,50%	10,33%	7,30%	7,83%
Julio	8,12%	8,97%	9,55%	8,49%
Agosto	7,84%	9,73%	8,15%	8,14%
Septiembre	8,75%	8,51%	8,80%	8,73%
Octubre	10,49%	6,84%	7,83%	9,53%
Noviembre	11,03%	8,21%	8,58%	10,22%
Diciembre	9,26%	6,99%	8,37%	8,81%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

En la tabla 85 se presenta la mortalidad general por mes y grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Como se aprecia en dicha tabla, de las 1.910 defunciones por enfermedades infecciosas ocurridas durante el período 1937-1961, un 12,04% ocurrió en el mes de julio, el más alto porcentaje para el mencionado período. El mes de febrero registró el más bajo porcentaje con un 6,23% del total. Por otro lado, de las 1.989 defunciones por causas de muerte no infecciosas ocurridas durante el período 1937-1961, un 9,45% ocurrió en el mes de diciembre, el más alto porcentaje. Al mismo tiempo, el más bajo porcentaje se registró en el mes de marzo con un 6,79% del total. Por último, de las 1.732 defunciones clasificadas como mal definidas durante el mismo período, el más alto porcentaje (10,28%) se registró en el mes de octubre y el más bajo (6,06%) en el mes de febrero.

Tabla 85. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y grandes grupos de causas (C.M.M.) Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de cada gran grupo de causa y al total de la mortalidad general.

Mes	C.M.M.			Total mortalidad general
	Mortalidad por enfermedades infecciosas	Mortalidad por causas de muerte no infecciosas	Mortalidad por causas de muerte mal definidas	
Enero	7,75%	7,19%	8,31%	7,73%
Febrero	6,23%	7,64%	6,06%	6,68%
Marzo	7,07%	6,79%	6,58%	6,82%
Abril	7,07%	9,20%	6,76%	7,73%
Mayo	10,84%	8,85%	7,56%	9,13%
Junio	9,90%	8,90%	9,93%	9,55%
Julio	12,04%	7,84%	9,53%	9,79%
Agosto	8,74%	8,40%	9,35%	8,81%
Septiembre	8,22%	8,45%	8,66%	8,44%
Octubre	8,32%	8,90%	10,28%	9,13%
Noviembre	7,23%	8,40%	8,78%	8,12%
Diciembre	6,60%	9,45%	8,20%	8,10%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En las tablas 86 y 87 se presenta la mortalidad general por mes y códigos específicos según la C.I.E.-1900 en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1893-1935. Las causas de muerte que se presentan en estas tablas son aquellas que registraron las cifras absolutas más altas durante todo el período. La mortalidad por el código 1.4 (paludismo) fue más frecuente en el mes de octubre. De las 880 defunciones por paludismo, un 17,16% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 14.3 (enfermedad mal definida) fue más frecuente en el mes de mayo. De las 920 defunciones por este código, un 9,78% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 4.7 (neumonía) fue más frecuente en el mes de enero. De las 555 defunciones por este código, un 13,87% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 1.30 (tuberculosis pulmonar) fue más frecuente en el mes de diciembre. De las 516 defunciones por este código, un 10,27% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) fue más frecuente en el mes de julio. De las 412 defunciones por este código, un 14,32% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 1.16 (disentería) fue más frecuente en el mes de octubre. De las 222 defunciones por este código, un 13,51% ocurrió en este mes. Por último, la mortalidad por el código 3.3 (enfermedad del corazón) fue más frecuente en el mes de junio. De las 145 defunciones por este código, un 13,79% ocurrió en este mes.

Tabla 86. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua, 1893-1935. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.

Mes/C.I.E.-1900	1.4-Paludismo	14.3-Mal definida	4.7-Neumonía	1.30-Tuberculosis pulmonar	Total mortalidad general
Enero	8,98%	9,24%	13,87%	7,56%	8,73%
Febrero	7,27%	6,30%	11,35%	8,14%	7,65%
Marzo	6,93%	8,04%	5,77%	7,56%	7,14%
Abril	4,89%	8,15%	7,21%	9,11%	7,10%
Mayo	4,77%	9,78%	7,03%	8,14%	7,65%
Junio	5,11%	7,39%	5,23%	9,30%	7,83%
Julio	5,34%	9,46%	6,31%	8,14%	8,49%
Agosto	7,16%	8,04%	6,49%	7,56%	8,14%
Septiembre	9,43%	8,70%	6,85%	9,11%	8,73%
Octubre	17,16%	7,83%	7,57%	7,56%	9,53%
Noviembre	13,41%	8,70%	13,51%	7,56%	10,22%
Diciembre	9,55%	8,37%	8,83%	10,27%	8,81%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Tabla 87. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua, 1893-1935. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.

Mes/C.I.E.-1900	5.7-Diarrea, enteritis y gastroenteritis	1.16-Disenteria	3.3-Enfermedad del corazón	Otros códigos	Total mortalidad general
Enero	6,31%	5,41%	7,59%	8,01%	8,73%
Febrero	4,85%	7,21%	7,59%	8,01%	7,65%
Marzo	4,13%	7,66%	11,03%	7,45%	7,14%
Abril	7,04%	6,31%	4,83%	7,38%	7,10%
Mayo	8,01%	3,60%	6,90%	8,70%	7,65%
Junio	12,38%	11,26%	13,79%	7,80%	7,83%
Julio	14,32%	9,46%	9,66%	8,83%	8,49%
Agosto	11,41%	7,21%	13,10%	8,35%	8,14%
Septiembre	8,01%	6,76%	8,97%	9,39%	8,73%
Octubre	6,80%	13,51%	6,90%	7,87%	9,53%
Noviembre	7,52%	10,81%	5,52%	10,08%	10,22%
Diciembre	9,22%	10,81%	4,14%	8,14%	8,81%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico.

Elaboración propia.

En las tablas 88 y 89 se presenta la mortalidad general por mes y códigos específicos según la C.I.E.-1900 en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Las causas de muerte que se presentan en estas tablas son aquellas que registraron las cifras absolutas más altas durante todo el período. La mortalidad por el código 14.3 (enfermedad mal definida) fue más frecuente en el mes de octubre. De las 1.679 defunciones por este código, un 10,36% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) fue más frecuente en el mes de julio. De las 461 defunciones por este código, un 19,09% ocurrió en este mes. . La mortalidad por el código 1.30 (tuberculosis pulmonar) fue más frecuente en el mes de mayo. De las 386 defunciones por este código,

un 10,62% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 3.3 (enfermedad del corazón) fue más frecuente en el mes de octubre. De las 323 defunciones por este código, un 11,46% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 11.1 (debilidad congénita) fue más frecuente en el mes de noviembre. De las 273 defunciones por este código, un 11,72% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 11.3 (parto prolongado) fue más frecuente en el mes de diciembre. De las 205 defunciones por este código, un 11,22% ocurrió en este mes. La mortalidad por el código 1.4 (paludismo) fue más frecuente en el mes de octubre. De las 144 defunciones por paludismo, un 20,14% ocurrió en este mes. Por último, la mortalidad por el código 11.4 (parto prematuro o muerte intrauterina) fue más frecuente en el mes de diciembre. De las 88 defunciones por este código, un 14,77% ocurrió en este mes.

Tabla 88. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua, 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.

Mes/C.I.E.-1900	14.3- Mal definida	5.7-Diarrea, enteritis y gastroenteritis	1.30- Tuberculosis pulmonar	3.3- Enfermedad del corazón	Total Mortalidad general
Enero	8,58%	5,64%	10,10%	10,84%	7,73%
Febrero	6,13%	4,56%	8,81%	5,26%	6,68%
Marzo	6,55%	5,64%	8,29%	6,19%	6,82%
Abril	6,73%	6,07%	8,03%	5,57%	7,73%
Mayo	7,44%	14,32%	10,62%	11,15%	9,15%
Junio	10,01%	15,18%	6,22%	8,98%	9,54%
Julio	9,29%	19,09%	7,51%	7,43%	9,79%
Agosto	9,35%	9,54%	9,59%	10,22%	8,81%
Septiembre	8,46%	8,24%	8,55%	8,36%	8,44%
Octubre	10,36%	3,25%	6,48%	11,46%	9,13%
Noviembre	8,93%	4,56%	7,51%	6,50%	8,12%
Diciembre	8,16%	3,90%	8,29%	8,05%	8,10%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

Tabla 89. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua, 1937-1961. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.						
Mes/C.I.E.-1900	11.1-Debilidad congénita	11.3-Parto prolongado	1.4-Paludismo	11.4-Muerte Uterina	Otros Códigos	Total mortalidad general
Enero	4,76%	6,34%	6,25%	4,55%	7,34%	8,73%
Febrero	5,86%	9,76%	2,78%	7,95%	7,43%	7,65%
Marzo	5,49%	9,27%	4,17%	6,82%	7,24%	7,14%
Abril	8,79%	5,37%	6,25%	13,64%	9,12%	7,10%
Mayo	9,89%	4,88%	2,78%	13,64%	9,36%	7,65%
Junio	10,62%	7,80%	6,25%	4,55%	9,07%	7,83%
Julio	7,69%	9,27%	13,89%	6,82%	9,07%	8,49%
Agosto	7,69%	4,39%	6,94%	3,41%	8,78%	8,14%
Septiembre	10,26%	11,22%	6,25%	6,82%	8,16%	8,73%
Octubre	8,42%	10,73%	20,14%	12,50%	8,59%	9,53%
Noviembre	11,72%	9,76%	18,06%	4,55%	7,43%	10,22%
Diciembre	8,79%	11,22%	6,25%	14,77%	8,40%	8,81%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.						

El patrón estacional de las enfermedades mal definidas. En las tablas 90 y 91 se presenta una comparación entre la mortalidad por mes por el código 3.0.0.0 (enfermedades mal definidas) y la mortalidad por mes de todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0, para los períodos 1893-1935 y 1937-1961. Para el período 1893-1935, la comparación revela diferencias porcentuales por encima del 2,00% para dos meses, específicamente mayo y octubre. En el mes de mayo, la mortalidad por el código 3.0.0.0 acumuló 9,76%, mientras que la mortalidad por todos los códigos, excepto 3.0.0.0, acumuló el 7,18%. Esto implica que el código 3.0.0.0 podría estar ocultando un buen porcentaje de mortalidad por enfermedades gastrointestinales. En el caso del mes de octubre, la mortalidad por el código 3.0.0.0 registró un 7,83%, mientras que la mortalidad por todos los códigos, excepto 3.0.0.0, registró un 9,91%. Aquí sucede todo lo contrario y se podría argumentar que la diferencia porcentual se debe a un mejor diagnóstico del paludismo, la enfermedad más común durante este mes. Igual sucede con el mes de noviembre, donde la diferencia porcentual es exactamente 2,00%. Para los meses restantes, las diferencias porcentuales son menores, lo que nos hace pensar que el patrón estacional de las enfermedades mal definidas es prácticamente el mismo que el de los demás códigos, lo que a la vez implica que las verdaderas causas de muerte dentro del grupo «Enfermedades Mal Definidas» son probablemente las mismas vistas dentro de la mortalidad diagnosticada.

Tabla 90. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad mensual en Valle de la Pascua por el código 3.0.0.0 y la mortalidad mensual por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0. Período 1893-1935.

Grupo de edad	Frecuencia- Código 3.0.0.0	Porcentaje (%)	Frecuencia- Todos los códigos, excepto 3.0.0.0	Porcentaje (%)
Enero	85	9,12%	360	8,64%
Febrero	59	6,33%	331	7,94%
Marzo	75	8,05%	289	6,94%
Abril	76	8,15%	286	6,86%
Mayo	91	9,76%	299	7,18%
Junio	68	7,30%	331	7,94%
Julio	89	9,55%	344	8,26%
Agosto	76	8,15%	339	8,14%
Septiembre	82	8,80%	363	8,71%
Octubre	73	7,83%	413	9,91%
Noviembre	80	8,58%	441	10,58%
Diciembre	78	8,37%	371	8,90%
Total	932	100,00%	4.167	100,00%
Fuente: Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

En lo que se refiere al período 1937-1961, como se aprecia en la tabla 91, las diferencias porcentuales son mucho menos significativas entre la mortalidad mensual por el código 3.0.0.0 y la mortalidad mensual por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0, destacándose solamente el mes de mayo donde la mortalidad por el código 3.0.0.0 registró el 7,56%, mientras que la mortalidad por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0, registró el 9,82%, lo que apunta a un mejor diagnóstico de la enfermedades gastrointestinales, las enfermedades más comunes durante este mes. Dados esto resultados, una vez más, nos atrevemos a postular que las verdaderas causas de muerte dentro del grupo «Enfermedades Mal Definidas» son probablemente las mismas vistas dentro de la mortalidad diagnosticada y se adhieren al patrón estacional visto en este análisis.

Tabla 91. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad mensual en Valle de la Pascua por el código 3.0.0.0 y la mortalidad mensual por todos los códigos, excepto el código 3.0.0.0. Período 1937-1961.

Grupo de edad	Frecuencia- Código 3.0.0.0	Porcentaje (%)	Frecuencia- Todos los códigos, excepto 3.0.0.0	Porcentaje (%)
Enero	144	8,31%	291	7,46%
Febrero	105	6,06%	271	6,95%
Marzo	114	6,58%	270	6,92%
Abril	117	6,78%	318	8,16%
Mayo	131	7,56%	383	9,82%
Junio	172	9,93%	366	9,39%
Julio	165	9,53%	386	9,90%
Agosto	162	9,35%	334	8,57%
Septiembre	150	8,66%	325	8,34%
Octubre	178	10,28%	336	8,62%
Noviembre	152	8,78%	305	7,82%
Diciembre	142	8,20%	314	8,05%
Total	1.732	100,00%	3.899	100,00%
Fuente: Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

En resumen, el patrón estacional de mortalidad observado en Valle de la Pascua durante el período 1845-1961 se puede dividir en dos etapas principales. Primero, se destaca una etapa comprendida entre 1845 y 1935 donde las enfermedades de naturaleza infecciosas lideradas por el paludismo son las más dominantes. Dichas enfermedades causaron mayores estragos durante la estación lluviosa (junio a noviembre), pero en particular durante los meses de octubre y noviembre debido a la alta incidencia de paludismo. Inversamente, la mortalidad fue más baja siempre durante los meses de febrero, marzo y abril, meses que corresponden a la estación seca. Segundo, en la etapa comprendida entre 1937 y 1961, las enfermedades de naturaleza infecciosas siguieron jugando un papel de importancia, pero debido a la marcada reducción de muertes por paludismo a partir de 1949, los meses de octubre y noviembre fueron suplantados por mayo, junio y julio, meses durante los cuales se observa una alta incidencia de enfermedades gastrointestinales. Por otra parte, las causas de muerte no infecciosas, sobre todo las enfermedades del corazón, pasaron a jugar un papel de mayor relevancia en la década de 1950 y comenzaron a alterar el hasta ese entonces casi inmutable patrón estacional. Sumado a esto, es el mejor registro de la mortalidad infantil, en particular la mortalidad perinatal, lo cual también contribuyó a variar el patrón estacional.

A lo largo de los períodos estudiados, 1845-1900, 1893-1900 y 1937-1961, la mortalidad por mes en función del sexo presenta más similitudes que diferencias. Primeramente, durante el período 1845-1900, los más altos porcentajes de la mortalidad masculina se registran en los meses de octubre, septiembre y noviembre, lo que implica una elevada mortalidad por paludismo. Aun así,

también se registran altos porcentajes en los meses de junio y julio, lo que apunta a una mortalidad por enfermedades gastrointestinales. La mortalidad femenina, por otro lado, registró los más altos porcentajes en los meses de julio, septiembre, octubre, junio y agosto, lo que sugiere una combinación de enfermedades gastrointestinales y paludismo.

Durante el período 1893-1935, la mortalidad por mes en función del sexo presenta ciertas notables diferencias. Por un lado, la mortalidad masculina muestra los más altos porcentajes en los meses de enero, julio, septiembre, octubre y noviembre. En todos esos meses, excepto julio, el paludismo figura como la causa de muerte principal, siendo el grupo de enfermedades compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis la principal causa en el mes de julio. También se destaca la neumonía en el mes de enero. Por otra parte, la mortalidad femenina presenta sus más altos porcentajes en los meses de noviembre, octubre, diciembre, mayo y junio. Una vez más, el paludismo se destaca como causa de muerte principal en todos los meses, excepto mayo y junio, meses en que prevalecen las tuberculosis y el grupo de enfermedades compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis respectivamente.

Finalmente, durante el período 1937-1961, la mortalidad por mes en función del sexo sigue presentando tanto similitudes como diferencias. La mortalidad masculina registró sus más altos porcentajes en los meses de mayo, junio, julio y octubre. El grupo de diarrea, enteritis y gastroenteritis acumuló el mayor porcentaje de defunciones en los tres primeros meses, mientras que en el mes de octubre el paludismo y las enfermedades del corazón fueron las causas de muertes más prevalentes. La mortalidad femenina, por otra parte, también registró sus más altos porcentajes durante mayo, junio y julio, pero en comparación con la mortalidad masculina, el mes de agosto, y no octubre, fue el otro mes con elevados porcentajes de mortalidad, en este caso, debido a la tuberculosis.

Por otro lado, la mortalidad por mes en función de la edad probablemente mejor refleja la lenta transición epidemiológica que se gestó en Valle de la Pascua durante el período 1845-1961. Al examinarse este proceso por período y comenzando con el período 1845-1900, se observa que todo los grupos de edad categórica fueron afectados principalmente por enfermedades de naturaleza infecciosa. Por un lado, los párvulos muestran los mayores porcentajes de mortalidad durante los meses de septiembre, junio, octubre, agosto y julio, mientras que las párvulas registraron mayores porcentajes en los meses de julio, septiembre octubre, junio y agosto. Esto sugiere que tal vez enfermedades como el paludismo eran más prevalentes entre los párvulos que entre las párvulas, y por el contrario, las enfermedades gastrointestinales quizás tenían mayor incidencia entre las párvulas que entre los párvulos. En cualquier caso, el patrón estacional de

mortalidad parece estar regido por las enfermedades de naturaleza infecciosas. Tal vez el patrón estacional sea menos similar entre adultos y adultos, puesto que los primeros registraron el mayor porcentaje de mortalidad en los meses de julio, noviembre, agosto, octubre y septiembre, mientras que el grupo de adultas exhibieron mayores porcentajes de mortalidad en los meses de septiembre, junio, agosto, julio y septiembre. Sin embargo, todo parece indicar que para ambos grupos de edad las enfermedades de naturaleza infecciosa fueron las más prevalentes.

Durante el período 1893-1935, el patrón de mortalidad por mes en función de la edad probablemente no es muy distinto al observado durante el período 1845-1900. Durante este período encontramos que para los grupos de edad «Menos de un año», «6-10 años», «21-30 años» y «31-40 años», los mayores porcentajes del total de defunciones se registraron en el mes de noviembre y la causa principal fue el paludismo. Para los grupos de edad «1-5 años» y «11-20 años», los mayores porcentajes se registraron en los meses de octubre y septiembre respectivamente, y la causa principal de muerte siguió siendo paludismo. Por otro lado, los grupos de edad «41-50 años» y «51 años y más» registraron los mayores porcentajes del total de defunciones en los meses de diciembre y julio respectivamente, siendo el paludismo en el primer grupo de edad la causa de muerte principal y el grupo de enfermedades compuesto por diarrea, enteritis y gastroenteritis la principal causa de muerte en el segundo grupo. Es de destacarse que en los grupos de edad «31-40 años», «41-50 años» y «51 años y más», cuyos porcentajes del total de la mortalidad fueron más elevados en los meses de noviembre, diciembre y julio respectivamente, la neumonía en los dos primeros grupos de edad figuró, detrás del paludismo, como la principal causa de muerte, mientras que en el último grupo, las enfermedades del corazón fueron la segunda causa de muerte más importante. Queda claro, sin embargo, que durante este período el patrón estacional de la mortalidad seguía siendo dominado por las enfermedades infecciosas.

Finalmente, durante el período 1937-1961, la mortalidad por mes en función de la edad cambia de manera significativa y por primera vez las causas de muerte no infecciosas, en particular las enfermedades del corazón y en menor grado el cáncer, comienzan a jugar un papel de mayor importancia en el panorama epidemiológico de Valle de la Pascua. Ya no se destaca un mes en particular. Sólo dos grupos de edad, el de «6-10 años» y el de «11-20 años», registraron los más altos porcentajes del total de la mortalidad en el mismo mes, en este caso octubre, mes durante el cual la principal causa de muerte fue paludismo. Los grupos de edad «Menos de un año» y «1-5 años» registraron los mayores porcentajes del total de la mortalidad en los meses de julio y mayo respectivamente, y en cada caso, la principal causa de muerte fueron las enfermedades gastrointestinales. Para los grupos de edad «21-40 años», «31-40 años», «41-50 años» y «51 años

y más», los mayores porcentajes del total de la mortalidad se registraron en los meses de junio, agosto, diciembre y enero respectivamente. Con la excepción del mes de agosto, las enfermedades del corazón fueron la causa de muerte principal durante estos meses. En el caso del mes de agosto, la principal causa de muerte fue la tuberculosis.

Por último, en lo que se refiere a la mortalidad por mes y causa de muerte, durante el período 1893-1935, la mortalidad por enfermedades infecciosas muestra sus más altos porcentajes en los meses de octubre, noviembre y diciembre, producto principalmente del paludismo. La mortalidad por causas de muerte no infecciosas, por otra parte, se destaca en los meses de marzo, junio y agosto, destacándose para cada mes las enfermedades del corazón como principal causa de muerte. Por último, la mortalidad por enfermedades mal definidas muestra un más variado patrón, mostrando altos porcentajes en los meses de enero, mayo y julio, lo que se podría asociar con las enfermedades de naturaleza respiratoria en el caso del mes de enero y las enfermedades gastrointestinales en lo que se refiere a mayo y julio. Por otro lado, durante el período 1937-1961, el patrón de las enfermedades infecciosas cambia notablemente y ahora los mayores porcentajes de mortalidad por las mismas se registran en los meses de mayo, junio y julio. Esto ocurre mayormente debido a la caída del paludismo y el incremento de la mortalidad por enfermedades gastrointestinales. Al mismo tiempo, la mortalidad por causas de muerte no infecciosas muestra porcentajes equilibrados durante la mayor parte del año, distinguiéndose apenas los meses de abril y diciembre por presentar los más altos porcentajes. La mortalidad por patología perinatal, la cual ahora presenta un mejor registro, fue la principal causa de muerte durante estos meses. No muy rezagados, figuran también los meses de mayo, junio y octubre, y una vez más la patología perinatal figura como principal de muerte, seguida por las enfermedades del corazón. Por último, la mortalidad por enfermedades mal definidas registra el mayor porcentaje en el mes de octubre, lo que apunta tal vez a causas palúdicas, en particular porque los mayores porcentajes se registran entre 1937 y 1950. También se destacan por sus altos porcentajes, los meses de junio, julio y agosto, lo que definitivamente apunta hacia las enfermedades gastrointestinales como posible causa de muerte.

5.5. La mortalidad infantil en Valle de la Pascua. Durante el período 1888-1935

En este apartado se presentan los resultados del estudio de la mortalidad infantil en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1935. La muestra utilizada para este período incluye las defunciones 86 defunciones encontradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua para los años 1888, 1894, 1898 y 1900 y las 613 defunciones encontradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante para 1893 y los años del período 1901-1935, excepto 1902, 1903, 1904, 1910, 1917, 1918, 1919, 1921, 1922, 1923, 1924, 1926, 1927, 1929 y 1934. En total, la muestra para el período 1888-1935 consistió de 699 defunciones.

Para este período resultó muy difícil llevar a cabo un análisis profundo y detallado de la mortalidad infantil, debido al marcado subregistro de las defunciones de los menores de un año. Como se verá más adelante, el subregistro parece haber afectado en particular a la mortalidad perinatal (0-6 días de edad). Dado el reparto poblacional, entre rural y urbano, durante este período, es muy probable que la mayor parte del subregistro se concentraba en el medio rural. Con estas consideraciones en mente, los resultados aquí presentados representan meramente una descripción de los datos encontrados y no pretende ser un análisis definitivo de la mortalidad infantil, dada la obvia ausencia de datos completos. Se hace esta salvedad por cuanto es harto conocido y como se mencionó en el capítulo MARCO HISTÓRICO, las estadísticas emanadas del Registro Civil de Venezuela presentan un subregistro tanto para los nacimientos como para las defunciones. Según Celis, en lo que se refiere a los nacimientos el subregistro para el período 1904-1936, por ejemplo, sería superior al 29,00% (Celis en Bidegain Greinsing, 1987:60). En cuanto a las defunciones, el subregistro para el período 1904-1935, el mismo autor lo estima en un 31,00% (Celis en Bidegain Greising, 1987:59).

5.5.1. Las tasas de mortalidad infantil.

En la tabla 92 se presentan las cifras de nacimientos, defunciones de los menores de un año y las tasas de mortalidad infantil en Valle de la Pascua para algunos años del lapso 1901-1932. Aunque las cifras de defunciones utilizadas para calcular las tasas de mortalidad infantil aquí presentadas fueron tomadas fielmente de las partidas de nacimientos y partidas de defunción para los años indicados, todo parece indicar que las tasas de mortalidad infantil para este período presentan un alto grado de infravaloración, sobre todo en los años

1901, 1913 y 1925. Por lo tanto, dichas tasas representan un punto de partida, o si se quiere, una aproximación a las tasas reales para estos años. Las tasas de mortalidad infantil calculadas para Valle de la Pascua nos hablan de una mortalidad infantil entre moderada y muy fuerte, aunque probablemente «muy fuerte» es lo que corresponde con los hechos reales. Algunas de las escasas estadísticas existentes para el Estado Guárico sugieren una mortalidad infantil muy fuerte. En un artículo sobre la mortalidad infantil publicado en 1922 por Acosta Delgado en la *Gaceta Médica de Caracas*, citas cifras específicas de nacimientos (813) y defunciones de menores de un año (124) para el primer trimestre de 1920, lo que nos ayuda a calcular una tasa de mortalidad infantil parcial de 152,5 por mil (Acosta Delgado, 1922:205).

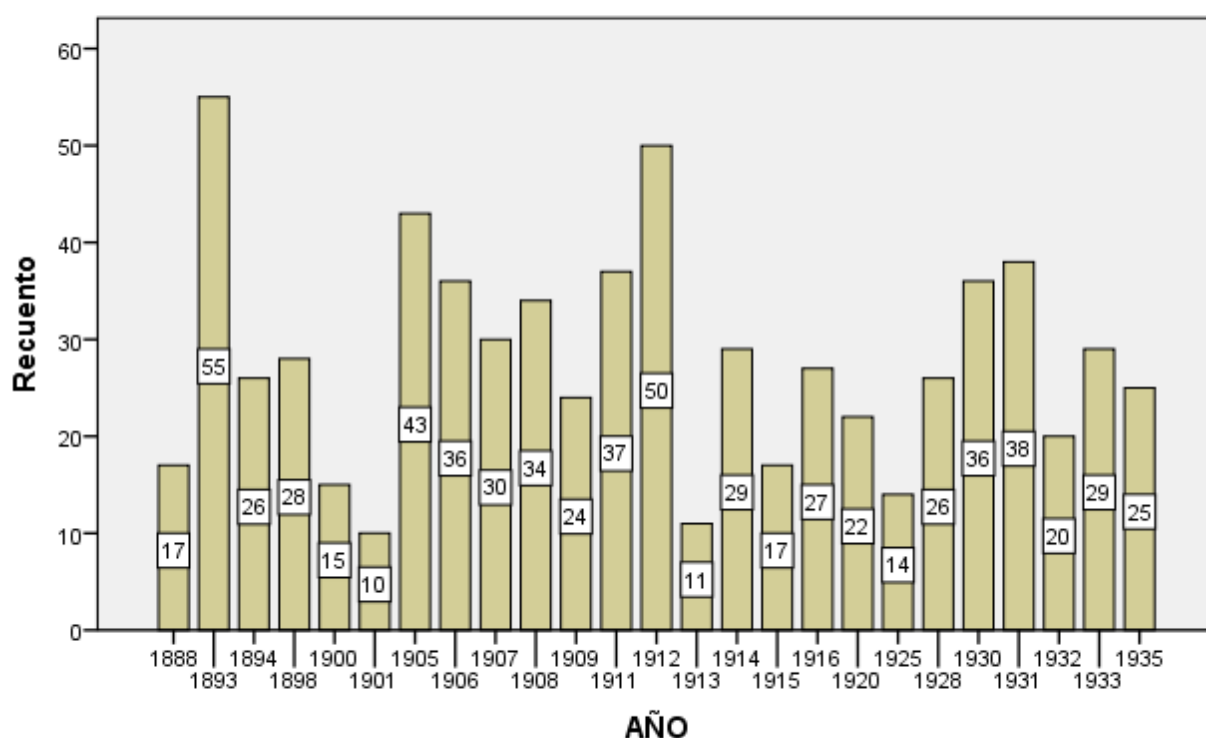
Tabla 92. Nacimientos, defunciones de menores de un año y tasa de mortalidad infantil (TMI) por mil habitantes en Valle de la Pascua (1901-1932).			
Año	Nº de nacimientos	Defunciones-Menores de un año	TMI
1901	193	10	51,81
1907	358	30	83,80
1911	376	37	98,40
1913	303	11	36,30
1916	295	26	88,14
1920	248	22	88,71
1925	297	14	47,13
1928	264	26	98,48
1931	284	39	137,32
1932	272	20	73,53
Fuente: Libros de nacimientos y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.			

5.5.2. Mortalidad infantil por año (1888-1935)

En el gráfico 27 se presenta la distribución anual de las defunciones de menores de un año registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante para los años muestrales del período 1888-1935. Los años muestrales del período 1888-1935 son los siguientes: 1888, 1893, 1894, 1898, 1900, 1901, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1920, 1925, 1928, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934 y 1935. Se destaca por un lado el elevado número de defunciones en los años 1893 y 1912 y por otro, el bajo número de defunciones en los años 1901, 1913 y 1925. En el caso de 1893, el 47,3% de las 55 defunciones de registradas para el grupo de edad «Menores de un año» ocurrió en los meses de mayo, junio, julio agosto, lo que nos hace pensar en un brote de enfermedades del grupo diarrea, enteritis y gastroenteritis. Otro 32,7% de las 55 defunciones ocurrió en los meses de septiembre, octubre y noviembre, lo que sugiere la acción del paludismo o tal vez enfermedades del aparato respiratorio como neumonía o bronconeumonía. Cabe

destacar que un análisis más detallado de las causas de muerte no fue posible por cuanto para el 92,7% de las 55 defunciones, no se contó con una causa de muerte específica. Con respecto al año 1912, el 56,0% de las 50 defunciones registradas para el grupo de edad «Menores de un año» se debió al grupo de enfermedades diarrea, enteritis y gastroenteritis. Por último, el bajo número de defunciones encontradas para los años 1901, 1913 y 1925 podría ser el resultado de un subregistro, aunque no se puede descartar el hecho de que, para estos años, las cifras absolutas de defunciones encontradas, 143, 218 y 155, estuvieron por debajo del promedio para el período 1888-1935, en este caso 223,8 defunciones.

Gráfico 27. Distribución de las defunciones de menores de un año registradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Período 1888-1935.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

5.5.3. Distribución geográfica de la mortalidad infantil (1893-1935)

En la tabla 93 se presenta la distribución geográfica de las defunciones de los menores de un año asentadas en el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, en los años muestrales del período 1893-1935. Cabe destacar que los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua no revelan el lugar de defunción del fallecido. Por lo tanto, no fue posible elaborar una distribución geográfica de la mortalidad infantil para los años 1888, 1894, 1898 y 1900, los cuales fueron excluidos del recuento. Las defunciones en la

tabla 93 se desglosan de acuerdo a las categorías mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal. Como se aprecia en dicha tabla, un 77,00% del total de 613 defunciones ocurrió en Valle de la Pascua y un 22,84% ocurrió en el medio rural. En cuanto a la mortalidad perinatal, de las 57 defunciones registradas, un 98,25% ocurrió en Valle de la Pascua y un ínfimo 1,75% en el medio rural. En lo que se refiere a la mortalidad neonatal, se registraron 99 defunciones y un 75,75% de ellas ocurrió en Valle de la Pascua en contra de 23,23% en las zonas rurales. Por último, la mortalidad postneonatal registró 457 defunciones y de ellas, un 75,93% ocurrió en Valle de la Pascua, mientras que el medio rural acumuló el 24,07%. Visto de otra manera, de las 478 defunciones ocurridas en Valle de la Pascua durante el período 1893-1935, el 11,72% de ellas correspondió a la mortalidad perinatal, el 15,69% a la mortalidad neonatal y el 72,59% a la mortalidad postneonatal. Por otro lado, de las 134 defunciones ocurridas en el medio rural, un 0,75% correspondió a la mortalidad perinatal, un 17,16% a la mortalidad neonatal y un 82,09% a la mortalidad postneonatal. Vale la pena mencionar que basado en la información censal disponible y en lo que respecta al reparto de población, en 1873 la población en el medio urbano representaba el 22,10% del total asignado a Valle de la Pascua y vecindarios contiguos; un 77,90% correspondía al medio rural²⁸⁰. Para 1936, el porcentaje en el medio urbano había ascendido a un 43,01%, mientras que el porcentaje del medio rural había sido reducido a un 56,99%²⁸¹. Esto implica que gran parte del subregistro antes mencionado definitivamente se originaba en el medio rural.

Tabla 93. Distribución geográfica de las defunciones de menores de un año registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Desglosada por edad. Período 1893-1935. Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil.				
Lugar de defunción	Mortalidad perinatal	Mortalidad neonatal	Mortalidad postneonatal	Total mortalidad infantil
Valle de la Pascua	98,25%	75,76%	75,93%	77,00%
Zonas rurales	1,75%	23,23%	24,07%	22,84%
No consta	0,00%	1,01%	0,00%	0,16%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

²⁸⁰ Censo de Venezuela. Año 1873.

²⁸¹ Censo de Venezuela. Año 1936.

En lo que se refiere al Estado Guárico, las estadísticas sanitarias para el lapso 1910-1920 reportadas por Landaeta en su *Geografía Médica del Estado Guárico* publicada en la *Gaceta Médica de Caracas* en 1923, se reportan 326 defunciones por mocezuelo, 40 defunciones por aborto y otros accidentes del parto, 1 defunción por vicios de conformación congénita y 6 defunciones por nacimientos prematuros, asfixia, debilidad congénita. En conjunto, estas defunciones representaron sólo el 0,89% de las 41.727 registradas para el Estado Guárico para los 11 años del período 1910-1920. Esto sugiere que el subregistro de defunciones de menores de un año se extendía a todo el Estado Guárico. Sólo las 689 defunciones debido al tétanos son significativas, aunque probablemente no todas pueden ser asignadas al renglón mortalidad infantil (Landaeta, 1923:189-190).

5.5.4. La mortalidad infantil por causa de muerte (1893-1935).

A continuación se presenta la distribución de la mortalidad infantil por causa de muerte según la C.M.M., específicamente según los grandes grupos de causas de esta clasificación. Dicha mortalidad se desglosa de acuerdo a las tres principales categorías de la mortalidad infantil, en este caso las edades perinatal, la neonatal y la postneonatal.

Distribución de la mortalidad infantil por grandes grupos de causas (C.M.M.). En la tabla 94 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad infantil, desglosada por perinatal, neonatal y post neonatal, por grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del lapso 1893-1935. En lo que se refiere a la mortalidad perinatal, las enfermedades infecciosas ocuparon el primer puesto con un 45,61% el total de defunciones para esa categoría. Las causas de muerte no infecciosas ocuparon el segundo puesto con 29,82% del total, quedando las causas de muerte mal definidas en el último puesto con un 24,56% del total. En cuanto a la mortalidad neonatal, las enfermedades infecciosas ocuparon el primer lugar con un 58,59% del total de defunciones para esa categoría. Le siguen las causas de muerte mal definidas y las causas de muerte no infecciosas con un 23,23% y 18,18% del total de defunciones para esta categoría respectivamente. Por último, en lo referente a la mortalidad postneonatal, las enfermedades infecciosas ocuparon holgadamente el primer puesto con un 66,08% de total de defunciones. Le siguen las causas de muerte mal definidas y las causas de muerte no infecciosas con un 24,29% y 9,63% del total de defunciones para esta categoría respectivamente. Estas estadísticas no son nada sorprendentes. Para 1925, por ejemplo, las causas oscuras o mal definidas ocupaban el primer lugar como causa de muerte en Venezuela, específicamente acumulando 12.103 defunciones o aproximadamente 23,37% del total de la mortalidad general. Por otra parte, enfermedades infecciosas que repercutían en la mortalidad infantil, figuraban entre las 10

primeras causas de muerte. Tal es el caso de la diarrea y la enteritis en los menores de 2 años (quinto puesto con 2.573 defunciones o 4,97% del total) y tétanos infantil (sexto puesto con 1.932 defunciones o 3,73% del total) (Zúñiga Cisneros, 1955:2099).

Tabla 94. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil.				
Grandes grupos de causas	Mortalidad Infantil			Total mortalidad infantil
	Perinatal	Neonatal	Postneonatal	
Enfermedades infecciosas	45,61%	58,59%	66,08%	9,30%
Enfermedades no infecciosas	29,82%	18,18%	9,63%	16,15%
Enfermedades mal definidas	24,56%	23,23%	24,29%	74,55%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

A continuación se presenta la distribución de la mortalidad infantil por causa de muerte según la C.I.E.-1900, específicamente los grupos de enfermedades y sus códigos específicos. Dicha mortalidad se desglosa de acuerdo a las tres principales categorías de la mortalidad infantil, en este caso las edades perinatal, neonatal y postneonatal.

Distribución de la mortalidad infantil por grupos de enfermedades (C.I.E.-1900). En la tabla 95 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad infantil, desglosada por perinatal, neonatal y post neonatal, por grupos de enfermedades (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua para los años muestrales del lapso 1893-1935. Como se aprecia en la mencionada tabla, en lo que se refiere a la mortalidad perinatal, el Grupo II (enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos) acumuló el mayor porcentaje de defunciones en esa categoría con un 50,88% del total. El código XIV (enfermedades mal definidas) ocupa la segunda casilla con un 24,56%, del total. En cuanto a la mortalidad neonatal, el Grupo II (enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos) también ocupó el primer lugar al acumular un 56,57% del total de defunciones para esa categoría. El Grupo XIV (enfermedades mal definidas) ocupó el segundo lugar con un 23,23%, del total. Por último, en el caso de la mortalidad postneonatal se destaca el Grupo XIV (enfermedades mal definidas) con un 24,29% del total para esa categoría. Le siguen el Grupo I (enfermedades generales) con un 27,79%, el Grupo V (enfermedades del aparato digestivo) con un 26,26% y el Grupo IV (enfermedades del aparato respiratorio) con un 11,38% del total.

Tabla 95. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por grupos de enfermedades (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil.				
Grupo de enfermedades (C.I.E.-1900)	Mortalidad Infantil			Total mortalidad infantil
	Perinatal	Neonatal	Postneonatal	
Grupo I	3,51%	5,05%	27,79%	21,86%
Grupo II	50,88%	56,57%	6,78%	18,92%
Grupo IV	0,00%	2,02%	11,38%	8,81%
Grupo V	1,75%	8,08%	26,26%	21,04%
Grupo VI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Grupo VII	0,00%	0,00%	0,22%	0,16%
Grupo VIII	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Grupo X	3,51%	1,01%	1,09%	1,31%
Grupo XI	10,53%	0,00%	0,00%	0,98%
Grupo XIII	5,26%	4,04%	2,19%	2,77%
Grupo XIV	24,56%	23,23%	24,29%	24,14%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

Distribución de la mortalidad infantil por códigos específicos (C.I.E.-1900). En la tabla 96 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad infantil, desglosada por perinatal, neonatal y post neonatal, según los códigos específicos de la C.I.E.-1900 en Valle de la Pascua para los años muestrales del lapso 1893-1935. Como se aprecia en dicha tabla, en lo que se refiere a la mortalidad perinatal, los códigos 2.14 (tétanos infantil) y 14.3 (enfermedad mal definida) acumularon el 40,35% y 24,56% de total de defunciones respectivamente para esa edad. En cuanto a la mortalidad neonatal, el código 2.14 (tétanos infantil) ocupa el primer puesto con un 43,43% del total de defunciones para esa edad. Le sigue el código 14.3 (enfermedades mal definidas) con 23,23% del total. Por último, en el caso de la mortalidad postneonatal, el código 14.3 (enfermedad mal definida) ocupa el primer puesto con un 24,29% del total de defunciones para esa categoría. Le siguen los códigos 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) y 1.4 (paludismo) con un 23,85% y 15,97% del total respectivamente. Debe destacarse que para toda la mortalidad infantil, además del código 14.3 (enfermedad mal definida), el cual acumuló un 24,14% del total, también sobresale el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis), el cual acaparó el 19,09% del total de defunciones.

Tabla 96. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por código específico (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua (1893-1935). Porcentajes al total de cada edad y al total de la mortalidad infantil.

Grupo de enfermedades (C.I.E.-1900)	Mortalidad Infantil			Total mortalidad infantil
	Perinatal	Neonatal	Postneonatal	
14.3-Enfermedad mal definida	24,56%	23,23%	24,29%	24,14%
2.14-Tétanos infantil	40,35%	43,43%	0,88%	11,42%
5.7-Diarrea, enteritis y gastroenteritis	1,75%	7,07%	23,85%	19,09%
4.4-Bronquitis	0,00%	1,01%	4,38%	3,43%
1.4-Paludismo	1,75%	3,03%	15,97%	12,56%
2.12- Eclampsia infantil	7,02%	8,08%	2,19%	3,59%
4.7-Neumonía	0,00%	1,01%	4,16%	3,26%
1.59- Fiebre	0,00%	0,00%	1,75%	1,31%
1.9-Tosferina	0,00%	0,00%	3,06%	2,28%
11.1-Debilidad congénita	8,77%	0,00%	0,00%	0,82%
Otros códigos	15,79%	13,13%	19,47%	18,11%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

Para el quinquenio 1905-1909, para toda Venezuela la mortalidad por tétanos y diarrea/enteritis en menores de 2 años representó el 6,87% y 1,80% del total de la mortalidad general respectivamente. Debe destacarse que el tétanos infantil no se separó del tétanos general hasta 1909. Para ese año, las 2.782 defunciones por tétanos infantil reportadas representaban el 5,18% del total de la mortalidad general²⁸². En las escasas estadísticas que existen para el Estado Guárico durante el período 1893-1935, las cifras de defunciones por diarrea, enteritis y gastroenteritis parecen estar notablemente infravaloradas. Por ejemplo, de las 41.727 reportadas para el Estado Guárico para el período 1910-1920, sólo 344 defunciones corresponden a las enfermedades infección intestinal, diarrea y enteritis en los menores de 2 años, lo que representa menos del 1,00% del total (Landaeta, 1923:190).

²⁸² Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1909:521.

5.5.5. La mortalidad infantil por edad y sexo (1888-1935)

En la tabla 97 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad perinatal en Valle de la Pascua por sexo y edad para los años muestrales del período 1888-1935. Primeramente, de las 68 defunciones registradas, un 57,35% corresponde al sexo masculino y el 42,65% al sexo femenino. Dentro del grupo masculino se destaca la mortalidad por los grupos de edad «0-23 horas», «5 días» y «6 días», con un 17,95%, 23,08% y 30,77% del total de la mortalidad masculina. Con respecto al grupo femenino, sobresale la mortalidad en el grupo de edad «6 días», el cual registró el 44,83% del total de la mortalidad femenina.

Tabla 97. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal en Valle de la Pascua por sexo y edad (1888-1935). Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad infantil.			
Edad	Sexo		Total mortalidad infantil
	Varones	Mujeres	
0-23 horas	17,95%	3,45%	11,76%
1 día	12,82%	3,45%	8,82%
2 días	2,56%	6,90%	4,41%
3 días	7,69%	3,45%	5,88%
4 días	5,13%	13,79%	8,82%
5 días	23,08%	24,14%	23,53%
6 días	30,77%	44,83%	36,76%
Total	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.			

En la tabla 98 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad neonatal en Valle de la Pascua por sexo y edad para los años muestrales del período 1888-1935. Al igual que la mortalidad perinatal, resalta la mayor mortalidad masculina, la cual acumuló el 59,02% de las 122 defunciones registradas. Se destaca también el predominio de la mortalidad en el grupo de edad más bajo, en este caso el de «7-13 días». Este grupo de edad acumuló el 68,06% de la mortalidad masculina, mientras que en el caso de la mortalidad femenina el porcentaje acumulado fue de 72,00%.

Tabla 98. Distribución porcentual de la mortalidad neonatal en Valle de la Pascua por sexo y grupos de edad (1888-1935). Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad infantil.			
	Sexo		
	Varones	Mujeres	
Edad			Total mortalidad infantil
7-13 días	68,06%	72,00%	69,67%
14-20 días	27,78%	22,00%	25,41%
21-27 días	4,17%	6,00%	4,92%
Total	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.			

En la tabla 99 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad postneonatal en Valle de la Pascua por sexo y edad para los años muestrales del período 1888-1935. Al igual que la mortalidad perinatal y la mortalidad neonatal se sigue imponiendo la mortalidad masculina, la cual representa el 57,37% de las 509 defunciones registradas. Se destaca también en esta tabla, la relativa elevada mortalidad en los grupos de edad «1 mes», «2 meses» y «3 meses». Esto ocurrió tanto para el grupo masculino como para el femenino. En el caso del grupo masculino los porcentajes acumulados por los grupos de edad «1 mes», «2 meses» y «3 meses» fueron de 14,04%, 14,73% y 12,67% respectivamente, mientras que en el caso del grupo femenino los porcentajes fueron de 15,21%, 16,13% y 9,68% respectivamente.

Tabla 99. Distribución porcentual de la mortalidad postneonatal en Valle de la Pascua y zonas rurales por sexo y grupos de edad (1888-1935). Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad infantil.			
	Sexo		
	Varones	Mujeres	
Edad			Total mortalidad infantil
28-29 días	0,34%	0,46%	0,39%
1 mes	14,04%	15,21%	14,54%
2 meses	14,73%	16,13%	15,32%
3 meses	12,67%	9,68%	11,39%
4 meses	8,56%	8,76%	8,64%
5 meses	9,59%	7,83%	8,84%
6 meses	6,85%	6,45%	6,68%
7 meses	7,53%	3,69%	5,89%
8 meses	6,85%	9,68%	8,06%
9 meses	6,51%	7,83%	7,07%
10 meses	4,79%	9,22%	6,68%
11 meses	5,14%	5,07%	5,11%
No consta	2,40%	0,00%	1,38%
Total	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.			

Por otro lado, poco se sabe acerca de la mortalidad perinatal y neonatal de Venezuela en la segunda mitad del Siglo XIX. Para 1873, sólo se contaba con cifras para el Distrito Federal (Caracas y municipios afines) y las defunciones para el mismo nada decían respecto a los nacidos muertos, por ejemplo. Además, nada se puede decir sobre la mortalidad en el primer mes de vida porque las defunciones se contabilizaban solamente entre 0 y 2 años, y eso a partir de 1874 (Villavicencio, 1877:130-131). No sería sino a partir de 1907 cuando comienzan a aparecer estadísticas más precisas sobre la mortalidad infantil para los grupos de edad «de 0 a 1 mes» y «de 2 meses a 11 meses», específicamente en los Anuarios Estadísticos de Venezuela.

Para los seis años del lapso 1907-1912, la mortalidad «de 0 a 1 mes» (perinatal y neonatal) en toda Venezuela promedió 9,84% (1907), 9,39% (1908), 9,40% (1909), 10,21% (1910), 10,09% (1911) y 7,56% (1912) de la mortalidad general respectivamente. Por otro lado, la mortalidad «de 2 meses a 11 meses» (postneonatal) promedió 8,57% (1907), 9,51% (1908), 8,95% (1909), 8,76% (1910), 8,26% (1911) y 8,75% (1912) de la mortalidad general. Esto implica que los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general rondaban el 20,00%, sin tomar en consideración el porcentaje de subregistro ya mencionado. En cuanto al Estado Guárico, los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general para los cinco años del lapso 1908-1912 son los siguientes: mortalidad infantil «de 0 a 1 mes» (perinatal y neonatal): 8,01% (1908), 8,03% (sólo de enero hasta agosto de 1909), 4,34% (1910), 4,57% (1911) y 3,59% (1912); mortalidad infantil «de 2 meses a 11 meses» (postneonatal): 7,44% (1908), 7,78% (sólo de enero hasta agosto de 1909), 6,52% (1910), 5,54% (1911) y 6,63% (1912)²⁸³. Tanto para Venezuela como para el Estado Guárico, el subregistro de la mortalidad infantil es más que aparente.

²⁸³ Anuario Estadístico de Venezuela-Año 1912.

5.6. La mortalidad infantil en Valle de la Pascua durante el período 1937-1961.

En esta sección se presentan los resultados de la mortalidad infantil en Valle de la Pascua durante el período 1937-1961. Se excluyeron de este período los años 1943, 1946 y 1949 por no presentar registros completos. El total de defunciones de menores de 12 meses acumuladas para los años incluidos en la muestra fue de 1.567.

Para el período 1937-1961 se logró llevar a cabo un análisis de la mortalidad infantil mucho más completo que para el período anterior, dado el mejor registro de las defunciones de los menores de un año, sobre todo entre 1940 y 1961. Sin duda alguna que las iniciativas del Gobierno Nacional para mejorar el registro de la mortalidad infantil y en el caso de Valle de la Pascua, la construcción del Hospital Guasco, fueron factores que contribuyeron positivamente en este proceso.

5.6.1. Las tasas de mortalidad infantil

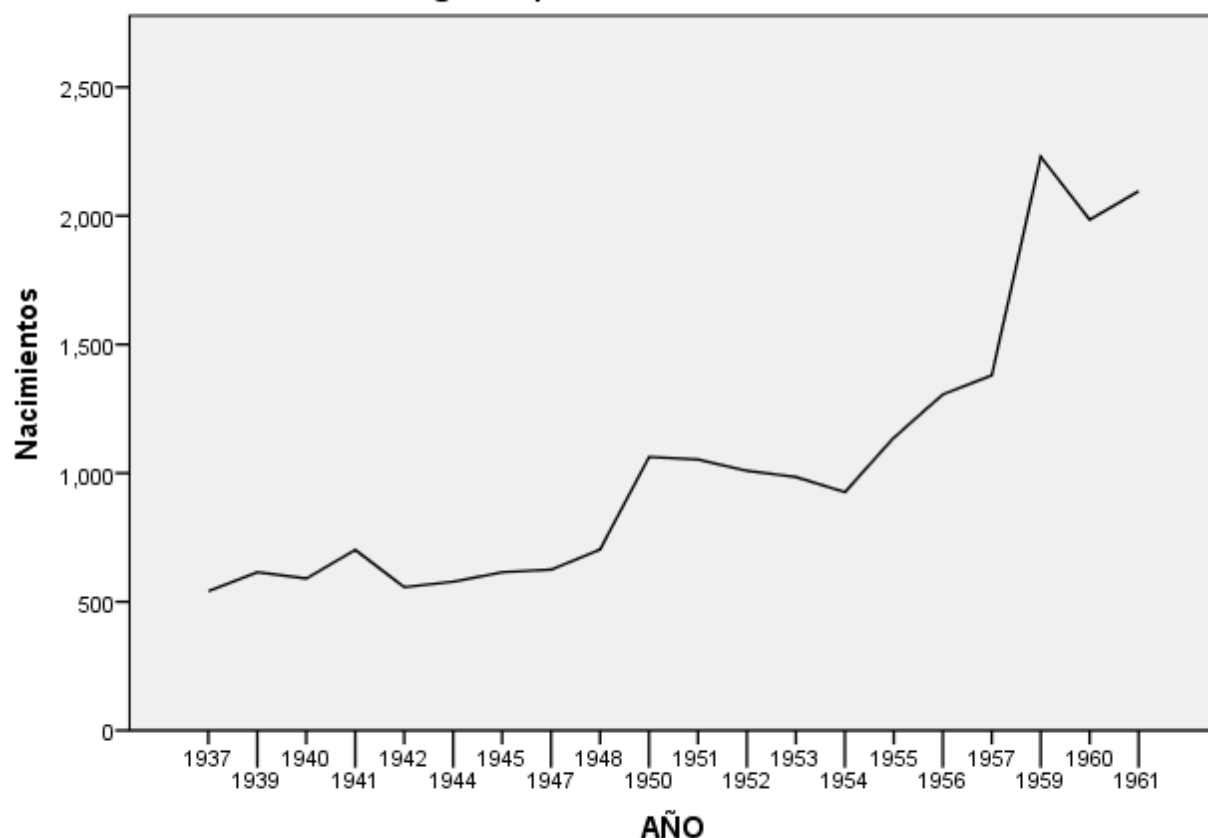
En la tabla 100 se presentan las cifras de nacimientos, defunciones de los menores de un año y las tasas de mortalidad infantil de Valle de la Pascua en los años 1937, 1939, 1940, 1941, 1942, 1944, 1945, 1947, 1948, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1959, 1960 y 1961. En el gráfico 28 se puede apreciar la evolución de los nacimientos en Valle de la Pascua durante el período 1937-1961 y la tendencia definitivamente alcista de los mismos. En cuanto a las tasas de mortalidad infantil, como se aprecia en el gráfico 29, dichas tasas muestran muchos altibajos, arrojando un índice relativamente bajo en 1956 (31,39 defunciones por mil nacimientos) y uno muy alto en 1942 (145,42 por mil nacimientos). Cabe destacar que en 1956, la mortalidad infantil en Valle de la Pascua representó el 23,6% del total de la mortalidad general, mientras que en el caso de 1942, la mortalidad infantil representó el 20,1% de la mortalidad general. Al mismo tiempo, para el período 1937-1961 el promedio de defunciones fue de 253,3, lo que implica que las 169 defunciones del año 1956 estuvieron muy por debajo de este promedio, mientras que las 404 defunciones del año 1942 estuvieron muy por encima del mismo. De hecho, como se verá más adelante el año 1942 resultó ser un año en el cual se registró una crisis de mortalidad.

Tabla 100. Nacimientos, defunciones de Menores de un año y tasa de mortalidad infantil (TMI) por mil habitantes en Valle de la Pascua. Período 1937-1961.

Año	Nº de nacimientos	Defunciones-Menores de un año	TMI
1937	541	27	49,91
1939	615	24	39,02
1940	590	65	110,17
1941	702	49	69,80
1942	557	81	145,42
1944	578	54	93,43
1945	615	26	42,28
1947	625	52	83,20
1948	703	32	45,52
1950	1.063	52	48,92
1951	1.053	123	116,81
1952	1.009	94	93,16
1953	985	90	91,37
1954	926	58	62,63
1955	1.138	50	43,94
1956	1.306	41	31,39
1957	1.380	98	71,01
1959	2.230	145	65,02
1960	1.985	134	67,51
1961	2.096	117	55,82

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

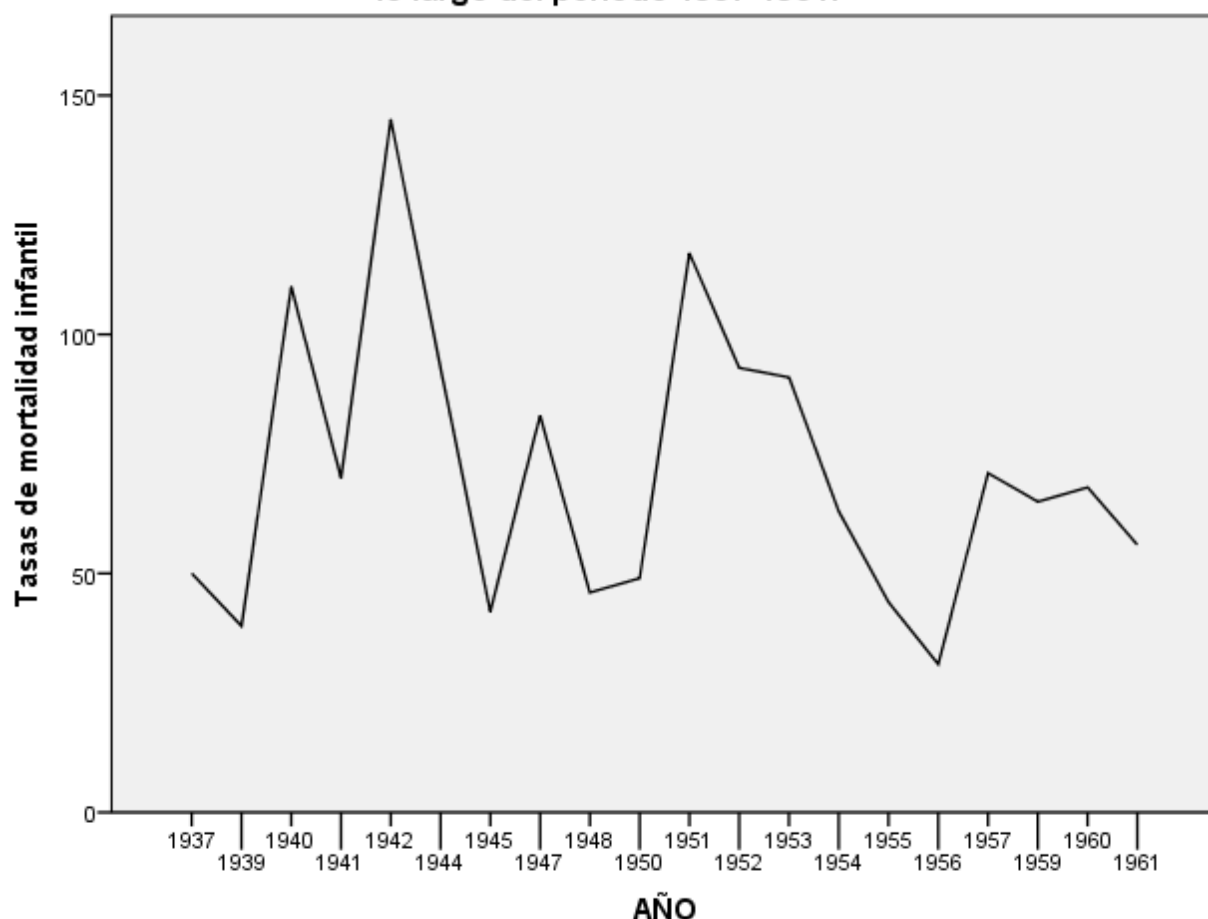
Gráfico 28. Evolución de las cifras absolutas de nacimientos registrados en los libros de nacimientos del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, a lo largo del periodo 1937-1961.



Fuente: Libros de nacimientos del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En líneas generales, las tasas de mortalidad infantil de Valle de la Pascua entre 1937 y 1951, muestran más discordancias que similitudes con respecto a las de la Venezuela entera, específicamente son más bajas con la excepción de 1942 y 1951. A pesar de esto, al compararse las tasas de mortalidad infantil de Valle de la Pascua con las de algunas ciudades venezolanas a principios de la década de los cuarenta, las tasas calculadas en Valle de la Pascua tienden a ser mucho más altas. Por ejemplo, en 1940 la tasa de mortalidad infantil calculada para Valle de la Pascua fue de 110,17 por mil. Las tasas de mortalidad infantil en 1940 para algunas ciudades venezolanas eran las siguientes: San Fernando de Apure (30,2 por mil); Tovar (26,6 por mil); La Asunción (26,2 por mil); San Juan de los Morros (24,7 por mil); Barinas (24,4 por mil); Trujillo (22,2 por mil); Barcelona (19,4 por mil); Maturín (18,5 por mil); Guanare (15,0 por mil), San Carlos (14,9 por mil); y Los Teques (14,0 por mil) (Ramírez González, 1945:81).

Gráfico 29. Evolución de las tasas de mortalidad infantil en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1937-1961.



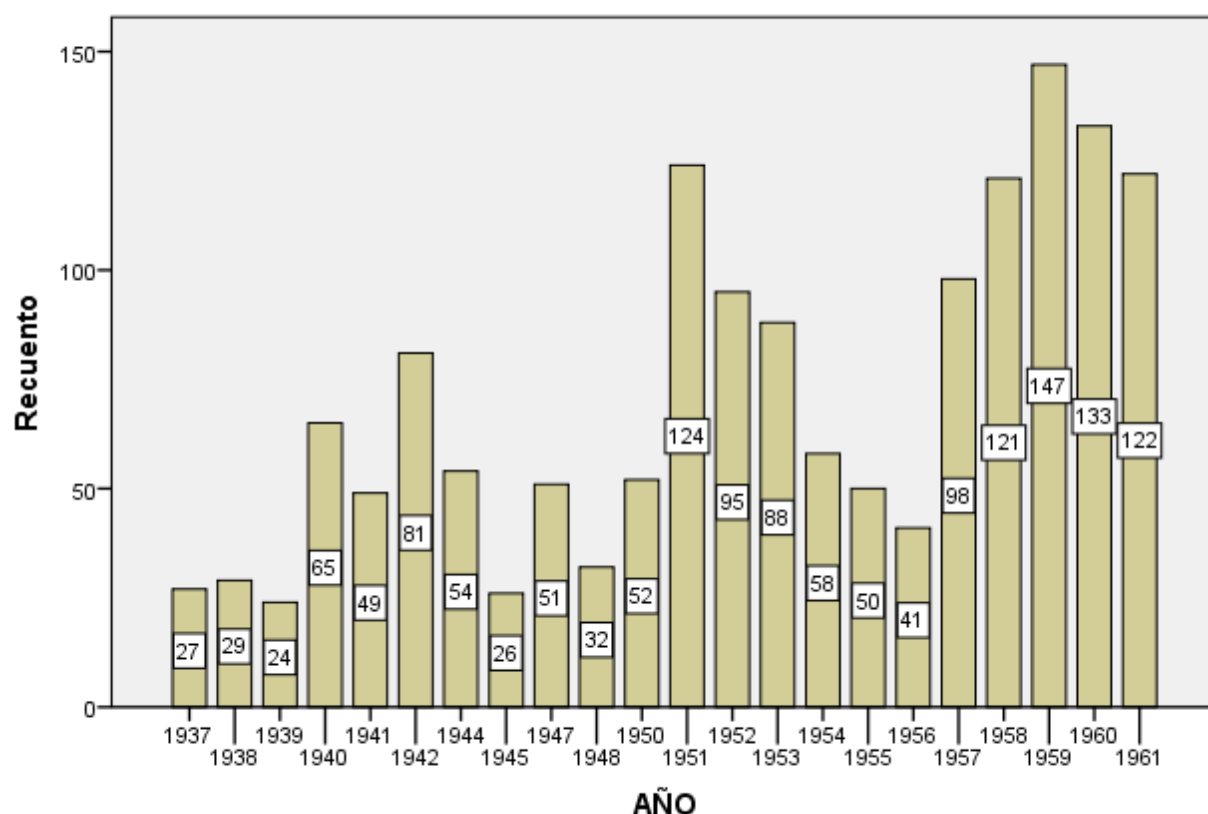
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Sin embargo, debe destacarse que la tasa de mortalidad de Valle de la Pascua en año 1940, podría ser una cifra atípica, sobre todo si se considera que en 1939 y 1941, los años antes y después, las tasas de mortalidad fueron mucho más bajas, en este caso 39,02 mil y 69,80 por mil respectivamente, lo que representaría un promedio de 73,0 por mil para esos tres años. Además, debe tomarse en consideración que todas las ciudades antes nombradas eran capitales de estado, con la excepción de Tovar. Esto hace pensar que tal vez el nivel de asistencia médica y la atención a las embarazadas y recién nacidos era mucho mejor en esas ciudades capitales que lo encontrado en Valle de la Pascua. También, la presencia de un subregistro de las defunciones de los menores de un año en esas ciudades no puede descartarse. Debe destacarse, sin embargo, que a partir de 1952, las tasas de mortalidad infantil calculadas para Valle de la Pascua se asemejan un poco más a las calculadas para Venezuela. Para 1959, por ejemplo, se estimaba que la tasa de mortalidad infantil en Venezuela era de 60,13% por mil (Arreaza Guzmán, 1961:77).

5.6.2. La mortalidad infantil por año

En el gráfico 30 se presenta la distribución anual de las defunciones de menores de un año registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante para los años muestrales del período 1937-1961. Durante los 22 años incluidos en este análisis, la mortalidad infantil en Valle de la Pascua presenta numerosos altibajos, promediando alrededor de 71 defunciones por año. Por una parte, la mortalidad infantil para los años 1937, 1938, 1939, 1945 y 1948 estuvo muy por debajo de lo normal, lo que apunta a un subregistro. Por otra parte, la mortalidad infantil durante el año 1951 y los últimos cuatro años del quinquenio 1957-1961 es todo lo contrario al presentar cifras muy por encima del mencionado promedio. Sin embargo, la elevada mortalidad infantil a finales de la década de 1950 no es nada sorprendente, especialmente si se considera que para 1959, las enfermedades peculiares a la primera infancia ocupaban el primer lugar como causa de muerte en toda Venezuela. Entre estas enfermedades las lesiones debidas al parto, la asfixia e infecciones del recién nacido eran responsables de más de la mitad de las defunciones (Gabaldón, 1965:382).

Gráfico 30. Distribucion de las defunciones de menores de un año registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Período 1937-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

5.6.3. Distribución geográfica de la mortalidad infantil

En la tabla 101 se presenta la distribución geográfica de las defunciones de los menores de un año asentadas en el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, para los años muestrales del período 1937-1961. Dichas defunciones se desglosan de acuerdo a las categorías mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal. Como se aprecia en dicha tabla, un 93,36% del total de defunciones ocurrió en Valle de la Pascua y el 6,64% en el medio rural. En lo que se refiere a la mortalidad perinatal, el 98,89% de las defunciones ocurrió en Valle de la Pascua, mientras que un 1,11% ocurrió en las zonas rurales. Con respecto a la mortalidad neonatal, un 90,63% ocurrió en Valle de la Pascua y un 9,38% en las zonas rurales. Por último, la mortalidad postneonatal registró el 89,45% en Valle de la Pascua por un 10,55% en el medio rural. Además, de las 1.419 defunciones ocurridas en Valle de la Pascua, el 44,12% corresponde a la mortalidad perinatal, el 5,07% a la mortalidad neonatal y 50,81% a la mortalidad postneonatal. De las 148 defunciones ocurridas en las zonas rurales, un 4,73% corresponde a la mortalidad perinatal, 37,84% a la mortalidad neonatal y un 57,43% corresponde a la mortalidad postneonatal. Vale la pena mencionar que el desglose entre urbano y rural refleja la tendencia hacia la urbanización que caracterizaba a

la población venezolana para 1961. En ese entonces, los centros de 5.000 y más habitantes (considerados centros urbanos) representaban el 57,50% del total (Tovar, 1968:62).

Tabla 101. Distribución geográfica de las defunciones de menores de un año registradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Desglosada por edad. Período 1937-1961. Porcentajes al total de la mortalidad por cada edad y al total de la mortalidad infantil.

Lugar de defunción	Mortalidad perinatal	Mortalidad neonatal	Mortalidad postneonatal	Total mortalidad infantil
Valle de la Pascua	98,89%	90,63%	89,45%	93,36%
Zonas rurales	1,11%	9,38%	10,55%	6,64%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

5.6.4. La mortalidad infantil por causa de muerte

A continuación se presenta la distribución de la mortalidad infantil por causa de muerte según la C.M.M., específicamente según los grandes grupos de causas de esta clasificación y sus códigos específicos. Dicha mortalidad se desglosa de acuerdo a las tres principales categorías de la mortalidad infantil, en este caso las edades perinatal, la neonatal y la postneonatal.

Distribución de la mortalidad infantil por grandes grupos de causas (C.M.M.). En la tabla 102 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y post neonatal por grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Como se aprecia en dicha tabla, en lo que se refiere a la mortalidad perinatal, sobresalen las causas de muerte no infecciosas por acumular el mayor porcentaje defunciones en esa categoría con un 85,47% del total de defunciones. Las enfermedades infecciosas y las enfermedades mal definidas sólo alcanzan el 5,06% y 9,48% del total respectivamente. En cuanto a la mortalidad neonatal, los porcentajes son más equilibrados. Primeramente, mortalidad por enfermedades infecciosas ocupa el primer lugar con un 39,06% del total de defunciones. Le sigue la mortalidad por causas de muerte no infecciosas y las causas de muerte mal definidas con un 32,81% y 28,13% del mismo total respectivamente. Por último, en el caso mortalidad postneonatal las enfermedades infecciosas ocupan el primer lugar con un 54,71% del total de defunciones para esa edad. Le siguen las causas de muerte mal definidas y las causas de muerte no infecciosas con un 27,42% y 17,87% del mismo total respectivamente.

En lo que se refiere a la mortalidad perinatal y neonatal, las estadísticas de Valle de la Pascua concuerdan con las de Venezuela entera en cuanto a la causas de muerte. Las

enfermedades no infecciosas predominan en ambas edades. Dichas enfermedades se originan en el período pre-natal y fueron acompañadas por enfermedades respiratorias de naturaleza infecciosa, en las cuales probablemente influyeron las condiciones que acompañaron la gestación y el parto (Arreaza Guzmán, 1961:93).

Tabla 102. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por grandes grupos de causas (C.M.M.) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de la mortalidad por cada edad y al total de la mortalidad infantil.				
Grandes grupos de causas	Mortalidad Infantil			Total mortalidad infantil
	Perinatal	Neonatal	Postneonatal	
Enfermedades infecciosas	5,06%	39,06%	54,71%	33,38%
Enfermedades no infecciosas	85,47%	32,81%	17,87%	46,39%
Enfermedades mal definidas	9,48%	28,13%	27,42%	20,23%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

Por otro lado, las enfermedades infecciosas jugaron un papel más que resaltante en la mortalidad postneonatal, lo cual probablemente fue reflexión directa del medio ambiente y condiciones externas donde se desenvolvía la persona fallecida. A esto hay que agregar la calidad o no del sistema de asistencia médica (Arreaza Guzmán, 1961:93-94). Por último, debe agregarse un comentario en lo referente a las enfermedades mal definidas, las cuales acumularon el 20,23% del total de la mortalidad infantil para el período 1937-1961. Es indudable que el problema de las mal definidas no estaba confinado a Valle de la Pascua. De hecho, con algunas excepciones era un problema en toda Venezuela. Por ejemplo durante el lapso, 1938-1941 la mortalidad infantil no diagnosticada en algunas importantes ciudades de Venezuela fue la siguiente: Barquisimeto (65,6%); Mérida (41,8%); Cumaná (35,7%); Valencia (30,0%); Coro (29,9%); San Felipe (20,6%); Maracay (20,6%); San Cristóbal (13,4%, lapso 1937-1942); Ciudad Bolívar (9,8%); Maracaibo (3,0%) y Caracas (1,1%) (González, 1944:204). En el caso de Valle de la Pascua, el porcentaje fue de 53,29% para el lapso 1938-1941, mientras que para la capital del Estado Guárico, San Juan de los Morros, el porcentaje fue de 37,82 para el lapso 1936-1941 (Orellana, 1942:902). Queda claro entonces que tal vez con la excepción de las dos grandes ciudades de Venezuela, Caracas y Maracaibo, las Mal Definidas representaban un serio problema en todo el país.

Distribución de la mortalidad infantil por códigos específicos (C.M.M.). En la tabla 100 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y post neonatal por códigos específicos (C.M.M.) en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Como se aprecia en dicha tabla, en lo que se refiere a la mortalidad perinatal, se destacan los códigos 2.11.1.0 (patología perinatal-parto prolongado) y 2.11.0.0 (patología perinatal-debilidad congénita y muerte intrauterina), los cuales acumularon el 41,07% y 34,44% % del total de defunciones para esa edad respectivamente. En cuanto a la mortalidad neonatal, se destacan los códigos 3.0.0.0 (enfermedades mal definidas) y 2.11.0.0 (patología perinatal-debilidad congénita y muerte intrauterina), los cuales acumularon el 28,13%, y 21,09% del total de defunciones para esa categoría respectivamente. Por último, en el caso de mortalidad postneonatal sobresalen los códigos 1.1.2.0 (enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos), 3.0.0.0 (enfermedades mal definidas) y 1.2.2.0 (enfermedades infecciosas transmitidas por aire, excepto tuberculosis). Estos tres códigos acumularon el 30,52%, 27,42% y 12,41% del total de defunciones para esa edad respectivamente.

Tabla 103. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por códigos específicos (C.M.M.) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de la mortalidad por cada edad y al total de la mortalidad infantil.				
Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.)	Mortalidad Infantil			Total mortalidad infantil
	Perinatal	Neonatal	Postneonatal	
1.1.2.0-Enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y alimentos	0,16%	10,16%	30,52%	16,59%
1.2.2.0-Enfermedades infecciosas transmitidas por aire	2,53%	10,94%	12,41%	8,30%
1.3.0.0-Enfermedades infecciosas transmitidas por vectores	0,16%	0,00%	3,60%	1,91%
1.4.2.0- Otras infecciones	2,21%	15,63%	2,36%	3,38%
2.11.0.0-Patología perinatal	34,44%	21,09%	2,36%	16,85%
2.11.1.0-Patología perinatal	41,07%	0,78%	0,12%	16,72%
2.5.0.0-Enfermedades del sistema nervioso	0,32%	0,78%	0,62%	0,51%
3.0.0.0-Enfermedades mal definidas	9,48%	28,13%	27,42%	20,23%
Otros códigos	9,64%	12,50%	20,60%	15,51%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

A continuación se presenta la distribución porcentual de la mortalidad infantil por causa de muerte según los códigos específicos de la C.I.E.-1900. Dicha mortalidad se desglosa de acuerdo a las tres principales categorías de la mortalidad infantil, en este caso las edades perinatal, neonatal y postneonatal.

Distribución de la mortalidad infantil por códigos específicos (C.I.E.-1900.). En la tabla 104 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y post neonatal por códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua en los años del período 1937-1961. Como se aprecia en dicha tabla, en lo que se refiere a la mortalidad perinatal, se destacan los códigos 11.1 (debilidad congénita), 11.3 (parto prolongado) y 11.4 (nacido muerto) con un 34,28%, 27,17% y 13,90% del total de defunciones para esa edad respectivamente. En comparación al período anterior y en lo que se refiere a la mortalidad diagnosticada, la gran diferencia es la ausencia casi total de defunciones por tétanos infantil, enfermedad que sólo registró 13 defunciones, o un 2,05% del total de defunciones para la edad perinatal. Dentro de la mortalidad perinatal, es importante destacar que la definición de mortinato se basaba en la recomendación de la Conferencia Internacional de Revisión de Nomenclaturas, después de una reunión celebrada en París en octubre de 1938. La definición de mortinato era la siguiente: *Un nacimiento muerto (mortinato) es el nacimiento de un feto (viable), tras por lo menos 28 semanas de embarazo, y en que no se presenta respiración pulmonar; dicho feto puede morir: (a) antes, (b) durante o (c) después del nacimiento, pero antes de haber respirado*²⁸⁴.

En cuanto a la mortalidad neonatal, se destacan los códigos 14.3 (enfermedad mal definida), 11.1 (debilidad congénita), 2.14 (tétanos infantil) y 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) con un 28,13%, 21,09%, 14,84% y 10,16% del total de defunciones para esa edad respectivamente. Sobresale dentro de la mortalidad neonatal el descenso de mortalidad por tétanos infantil, enfermedad que durante el período 1893-1935 ocupó el primer puesto al acumular el 43,43% del total de la mortalidad neonatal. La creación del Hospital Guasco y el eventual reemplazo de las comadronas, fuente de infección indudable, probablemente jugó un papel muy importante en el descenso de la mortalidad por tétanos infantil, no sólo en lo que se refiere a la mortalidad neonatal sino también la perinatal.

²⁸⁴ Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, 1940:85.

Por último, en el caso mortalidad postneonatal sobresalen los códigos 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis), 14.3 (enfermedad mal definida) y 4.6 (bronconeumonía) con un 30,52%, 27,17% y 10,55% del total de defunciones postneonatales respectivamente. La caída del paludismo (código 1.4), enfermedad que durante el período 1893-1935 causó el 23,85% de la mortalidad postneonatal es un hecho más que resaltante. Durante el período 1937-1961, esta enfermedad sólo registró 23 defunciones, lo que representa el 2,85% del total de la mortalidad para esta edad.

Tabla 104. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por códigos específicos (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de la mortalidad por cada edad y al total de la mortalidad infantil.

Código específico de la C.I.E.-1900	Mortalidad Infantil			Total mortalidad infantil
	Perinatal	Neonatal	Postneonatal	
2.14 – Tétanos infantil	2,05%	14,84%	0,00%	2,04%
4.6 - Bronconeumonía	2,53%	8,59%	10,55%	7,15%
5.7 – Diarrea, enteritis y gastroenteritis	0,16%	10,16%	30,52%	16,59%
10.1 – Enfermedades congénitas, excluyendo debilidad congénita	6,32%	3,13%	0,62%	3,13%
11.1- Debilidad congénita	34,28%	21,09%	2,36%	16,78%
11.3 – Parto prolongado	27,17%	0,78%	0,12%	11,10%
11.4 – Parto prematuro	13,90%	0,00%	0,00%	5,62%
13.22 - Toxicosis	0,00%	1,56%	8,31%	4,40%
14.3 – Enfermedad mal definida	9,48%	28,13%	27,17%	20,10%
Otros códigos	4,11%	11,72%	20,35%	13,08%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

Por otro lado, en la Venezuela entera y durante el período 1940-1959, en lo que se refiere a la mortalidad perinatal y neonatal, las causas de muerte más impactantes fueron la prematuridad, las enfermedades respiratorias, las enfermedades peculiares de la primera infancia y la debilidad congénita (término que desaparece a partir de 1950). En el caso de las enfermedades respiratorias, éstas sólo representaban un 2,96% de la mortalidad neonatal diagnosticada en 1942, ascendiendo a un 19,40% en año 1959. En cuanto a la mortalidad postneonatal diagnosticada para toda Venezuela, la diarrea y la enteritis fueron siempre las causas dominantes con porcentajes que oscilaron entre 41,14% (1959) y 53,72% (1953). Las neumonías ocuparon el segundo puesto con porcentajes entre el 9,88% (1944) y 30,58% (1959) (Arreaza Guzmán, 1961:91-94).

Muertes intrauterinas. En la tabla 105 se presenta la frecuencia y distribución porcentual de la mortalidad intrauterina por edad gestacional al morir durante el período 1940-1961. La edad gestacional comenzó a anotarse en las partidas de defunción a partir de 1940, aunque de manera limitada. Como se aprecia en la mencionada tabla, la edad gestacional del occiso se anotó en 375 partidas de defunción. Al desglosarse la edad gestacional de los occisos, se destacan las edades gestacionales «9 meses», «7 meses», «8 meses» y «6 meses» con un 67,73%, 12,80%, 6,90% y 6,40% del total de defunciones respectivamente. De las 375 muertes intrauterinas, 284 de ellas o un 75,73% correspondieron a los varones, lo que parece confirmar una vez más la hipermortalidad universal del sexo masculino. Gómez Redondo sostiene que el sexo se puede considerar hoy como uno de los factores biológicos más importantes en la causalidad infantil (Gómez Redondo, 1984:235). De acuerdo al Dr. Diógenes Ron Troconis, varios factores probablemente intervinieron en el elevado número de fallecidos con edades gestacionales de 9 meses. Uno de los más importantes factores es la tendencia de las embarazadas a esperar hasta el último momento para controlarse el embarazo, por lo que muchas veces era demasiado tarde para subsanar algún serio problema, siendo muy común la distocia o parto difícil y prolongado. También figuraba el hecho de que durante gran parte del período 1940-1961, no se practicaban cesáreas en el Hospital Guasco por la falta de un anesthesiólogo²⁸⁵. Por otra parte, el Dr. José Tomas Arzola Chacín señaló que los niños nacían muertos porque algunas mujeres no tenían un buen control en el embarazo. En algunos casos los niños morían porque se les enredaba el cordón umbilical. En otros casos la cantidad de líquido amniótico disminuía y los niños morían por falta de oxígeno. La falta de un control prenatal definitivamente incrementaba los riesgos enfrentados por las mujeres²⁸⁶.

Tabla 105. Frecuencia y distribución porcentual de la mortalidad intrauterina en Valle de la Pascua por edad gestacional al morir. Período (1940-1961).		
Edad gestacional al morir	Frecuencia	Porcentaje (%)
2 meses	1	0,27%
3 meses	1	0,27%
4 meses	3	0,80%
5 meses	18	4,80%
6 meses	24	6,40%
7 meses	48	12,80%
8 meses	26	6,93%
9 meses	254	67,73%
Total	375	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.		

²⁸⁵ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por Lisandro Contreras (vía telefónica), 15 de noviembre de 2015.

²⁸⁶ Dr. José Tomás Arzola Chacín. Entrevistado por María del Valle Contreras de Ortega, 26 de noviembre de 2015.

5.6.5. La mortalidad infantil por edad y sexo

En la tabla 106 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad perinatal en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Dentro de la mortalidad perinatal se destacan los elevados porcentajes de mortalidad en el grupo de edad «0-23 horas» tanto en el caso de los varones como en el de las mujeres, con respectivos porcentajes de 76,38% y 69,44% del total de cada género. En conjunto, este grupo de edad acumuló el 74,41% de la mortalidad perinatal. Debe notarse también que el grupo masculino acumuló el 71,56% del total de defunciones.

Tabla 106. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal por sexo y edad en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de la mortalidad por cada género y al total de la mortalidad infantil.			
Grupo de edad	Sexo		Total mortalidad infantil
	Varones	Mujeres	
0-23 horas	76,38%	69,44%	74,41%
1 día	9,05%	12,78%	10,11%
2 días	4,42%	5,00%	4,58%
3 días	3,53%	2,22%	3,16%
4 días	1,99%	4,44%	2,69%
5 días	2,65%	1,11%	2,21%
6 días	1,99%	5,00%	2,84%
Total	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.			

En la tabla 107 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad neonatal en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. En cuanto a esta edad, los porcentajes de mortalidad por grupos de edad son muy equilibrados tanto para los varones como para las mujeres, siendo el grupo de edad «7-13 días», el que acumuló el mayor porcentaje para ambos sexos, registrando un 45,83% y 37,50% del total para cada sexo respectivamente. Debe también mencionarse que en el caso de la mortalidad neonatal, la mortalidad masculina acumuló el mayor porcentaje con un 56,25% del total.

Tabla 107. Distribución porcentual de la mortalidad neonatal por sexo y edad en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de la mortalidad por cada género y al total de la mortalidad infantil.

Grupo de edad	Sexo		Total mortalidad infantil
	Varones	Mujeres	
7-13 días	45,83%	37,50%	42,19%
14-20 días	30,56%	32,14%	31,25%
21-27 días	23,61%	30,36%	26,56%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico.
Elaboración propia.

En la tabla 108 se presenta la distribución de la mortalidad postneonatal en Valle de la Pascua para los años muestrales del período 1937-1961. Con respecto a la mortalidad postneonatal, se destaca para ambos sexos la mortalidad en los grupos de edad «1 mes», «2 meses», «3 meses» y «4 meses», los cuales acumularon el 14,16%, 13,93%, 13,26% y 12,58% respectivamente en el caso de los varones, y el 13,30%, 13,30%, 9,70% y 11,08% respectivamente en el caso de las mujeres. Por otro lado, al igual que en la mortalidad perinatal y neonatal, la mortalidad masculina acumuló el mayor porcentaje del total de defunciones, en este caso, un 55,21% del total.

Tabla 108. Distribución porcentual de la mortalidad postneonatal por sexo y edad en Valle de la Pascua. Período 1937-1961. Porcentajes al total de la mortalidad por cada género y al total de la mortalidad infantil.

Grupo de edad	Sexo		Total mortalidad infantil
	Varones	Mujeres	
28-29 días	0,67%	1,39%	0,99%
1 mes	14,16%	13,30%	13,77%
2 meses	13,93%	13,30%	13,65%
3 meses	13,26%	9,70%	11,66%
4 meses	12,58%	11,08%	11,91%
5 meses	8,09%	8,59%	8,31%
6 meses	7,64%	10,25%	8,81%
7 meses	6,29%	7,76%	6,95%
8 meses	9,21%	8,59%	8,93%
9 meses	4,72%	5,82%	5,21%
10 meses	4,49%	4,16%	4,34%
11 meses	4,49%	5,82%	5,09%
No consta	0,45%	0,28%	0,7%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico.
Elaboración propia.

Como ya se visto con anterioridad, la mortalidad infantil en la Venezuela generalmente se describe utilizando tres grupos de edad: «Menores de 28 días de nacidos» y «De 1 a 5 meses» y «De 6 a 11 meses». Entre 1938 y 1959, el grupo de edad «Menores de 28 días de nacidos» representó consistentemente la mayor proporción de la mortalidad en menores de un año. Específicamente, para 1938 la mortalidad en menores de 28 días representaba el 38,94% de la mortalidad infantil, cifra que va en ascenso progresivo hasta alcanzar en 1959 el 43,89% (Arreaza Guzmán, 1961:85). Estos resultados son muy similares a lo visto en Valle de la Pascua, excepto que el incremento se concentra en grupo de edad «De 0 a 6 días» descrito como mortalidad perinatal, dada la moderna definición. En cambio, no ocurrió en Valle de la Pascua un descenso notable el en grupo de edad «28 días a 11 meses», lo que constituye la mortalidad postneonatal. Por el contrario, la mortalidad en este grupo de edad se incrementó paulatinamente a lo largo del período 1937-1961.

5.7. La evolución de la mortalidad infantil en Valle de la Pascua (1888-1961)

En Venezuela la mortalidad infantil como problema nacional parece haber estado relegada al anonimato durante la segunda mitad del siglo XIX. Sin embargo, ya en 1921 sonaba la alarma de la elevada mortalidad infantil en el país, en la cual morían 3.000 niños al año, 700 de ellos en Caracas (Villegas Ruiz, 1921:155). En Valle de la Pascua, la mortalidad infantil durante el período 1888-1961 jugó un papel de gran importancia su panorama epidemiológico, sobre todo a finales del mismo, por cuanto su progresivo aumento debido en parte a un mejor registro de las defunciones de los menores de un año, como se verá más adelante, coadyuvó en determinar el grado de desarrollo de la transición epidemiológica de la ciudad. Por igual, las mejoras en el registro de las defunciones de los menores de un año se extendieron a toda Venezuela y trajeron a la luz el problema de la mortalidad infantil, lo que permitió al Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a partir de 1936, tomar medidas más precisas y eficaces que definitivamente y como ya se ha visto contribuyeron a reducir las elevadas tasas de mortalidad infantil.

5.7.1. Evolución de los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961

Los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general y sus variaciones a través de largos períodos reviste de gran importancia al analizar la mortalidad infantil. A continuación se presenta lo más sobresaliente de esta relación durante los períodos 1888-1935 y 1937-1961.

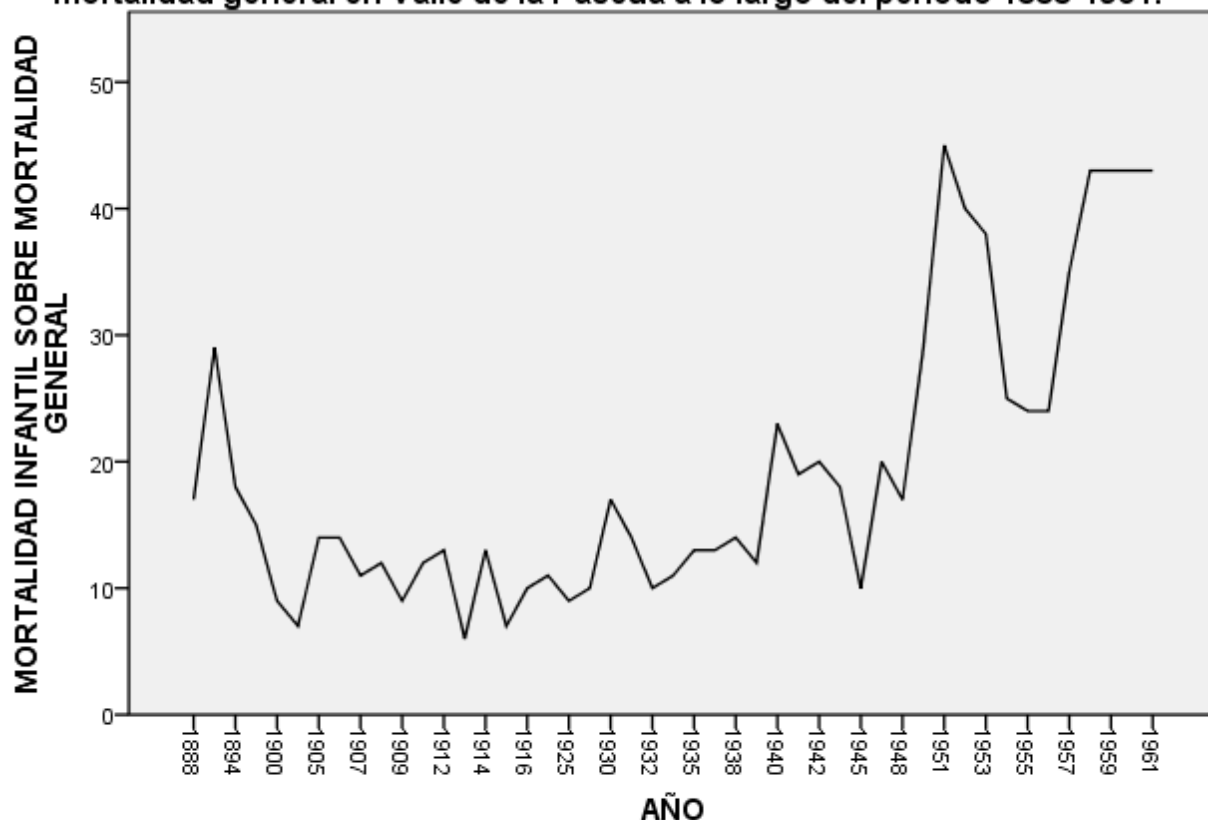
1888-1935 - En la tabla 109 se presentan las frecuencias de la mortalidad infantil y porcentajes de la misma sobre la mortalidad general durante el período 1888-1935. Como se aprecia en dicha tabla, los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general oscilan entre un 5,56% (1913) y 28,50% (1893), lo que parece confirmar el subregistro de defunciones de los menores de un año expuesto en estudios sobre la población venezolana. Específicamente, Celis ha indicado que el porcentaje de omisión de defunciones para el período 1885-1894 es de un 33,00%, mientras que para el período 1904-1935, dicho porcentaje se estima en un 31,00% (Páez Celis en Bidegain Greising, 1987:59).

1937-1961 – En cuanto al período 1937-1961, en la misma tabla 106 se puede apreciar como los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general oscilan entre un 9,70% y 44,60%. La tendencia de los porcentajes es definitivamente alcista durante este período. Se pueden citar por los menos tres importantes factores para explicar el incremento de la mortalidad infantil. Primero, el crecimiento demográfico experimentado por Valle de la Pascua entre 1941 y 1961, que como ya se ha visto dio como resultado que la población de la ciudad se doblara en 20 años. Segundo, la mayor vigilancia y rigor impuesto a partir de 1940 en el asentamiento de las defunciones de los menores de un año. Por último, la construcción del Hospital Guasco, indudablemente que facilitó que se llevara mejor cuenta tanto de los nacimientos como las defunciones ocurridas en un determinado año. Aun así, hubo altibajos notables. Específicamente, entre 1937 y 1944, los porcentajes ascienden moderadamente para luego caer al más bajo porcentaje del período (9,70%) en 1945. Los porcentajes luego se incrementan de manera acelerada entre 1947 y 1953, para luego decaer nuevamente por tres años consecutivos, por último incrementándose otra vez y alcanzando niveles muy elevados entre 1957 y 1961. Es importante destacar que, para 1961, el porcentaje de subregistro de la mortalidad general en Venezuela se consideraba más bajo que al caer la dictadura gomecista en 1935, estimándose este porcentaje en un 14,3% (Páez Celis en Bidegain Greising, 1987:59).

Tabla 109. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general en Valle de la Pascua. Período 1888-1961.					
Año	Frecuencia	Porcentaje sobre la mortalidad general	Año	Frecuencia	Porcentaje sobre la mortalidad general
1888	17	17,17%	1937	27	12,56%
1893	55	28,50%	1938	29	14,36%
1894	26	17,57%	1939	24	11,82%
1898	28	15,30%	1940	65	22,81%
1900	15	8,93%	1941	49	18,70%
1901	10	7,04%	1942	81	20,15%
1905	43	13,96%	1944	54	17,53%
1906	36	13,95%	1945	26	9,70%
1907	30	11,19%	1947	51	20,40%
1908	34	11,64%	1948	32	16,84%
1909	24	9,27%	1950	52	28,26%
1911	37	11,71%	1951	124	44,60%
1912	50	13,48%	1952	95	40,08%
1913	11	5,56%	1953	88	38,26%
1914	29	13,18%	1954	58	24,79%
1915	17	6,69%	1955	50	24,15%
1916	27	10,38%	1956	41	23,56%
1920	22	11,28%	1957	98	34,51%
1925	14	9,03%	1958	121	43,06%
1928	26	10,40%	1959	147	42,61%
1930	36	16,51%	1960	133	43,18%
1931	38	13,57%	1961	122	42,96%
1932	20	10,15%			
1933	29	10,94%			
1935	25	12,50%			
	699			1.567	
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

El gráfico 31 muestra la tendencia de los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general a lo largo del período. Como ya se ha expuesto, el subregistro es muy marcado en las primeras tres décadas del siglo XX, con una mejoría casi ininterrumpida a partir de 1940. Hubo caídas notables en los años 1945 y 1956, aunque estos descensos no necesariamente se pueden atribuir a un subregistro, sobre todo en el caso del año 1956 donde la mortalidad general (174 defunciones) parece haber estado muy por debajo de lo normal.

Gráfico 31. Evolución de los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Aunque los datos son limitados, se pueden efectuar pequeñas comparaciones entre Valle de la Pascua y otras poblaciones venezolanas en lo que se refiere a los porcentajes de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general y los porcentajes de la mortalidad neonatal sobre la mortalidad infantil. Para el lapso 1937-1941, por ejemplo, el promedio porcentual de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general en Valle de la Pascua era de 16,05%, mientras que para San Juan de los Morros, ciudad localizada aproximadamente a 160 kilómetros al noroeste de Valle de la Pascua, el promedio porcentual para el lapso 1936-1941 era de 22,76%. Por otro lado, el promedio porcentual de la mortalidad neonatal sobre la mortalidad infantil en Valle de la Pascua y San Juan de los Morros fue de 29,45% y 37,17% respectivamente (Orellana, 1942:896). Las diferencias porcentuales podrían ser el resultado de un mejor registro de las defunciones de los menores de un año en San Juan de los Morros, la capital del Estado. Más tarde, durante el quinquenio 1955-1959, se pueden realizar comparaciones con la ciudad de Valera, en el Estado Trujillo. En este caso, el promedio porcentual de la mortalidad infantil sobre la mortalidad general en Valle de la Pascua y Valera fue de 33,58% y 27,94% respectivamente. Por otro lado, el promedio

porcentual de la mortalidad neonatal sobre la mortalidad infantil en Valle de la Pascua era de 50,20%, mientras que en Valera el mismo sólo alcanzó el 35,26% (Purroy Terán, 1961:802). En este caso, las diferencias porcentuales dejan entrever que la mortalidad infantil fue mucho más severa en Valle de la Pascua que en Valera.

5.7.2. Evolución de los porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil a lo largo del período 1888-1961

1888-1935 - El análisis de los porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil a lo largo del período 1888-1961 nos ayuda a mejor comprender la evolución de esta última y nos encamina hacia la búsqueda de los factores que pudieran haber influido en dicha evolución. En la tabla 110 se presentan las frecuencias de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal y los porcentajes de las mismas sobre la mortalidad infantil durante el período 1888-1935. Como se aprecia en dicha tabla, los porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil oscilan entre el 0,00% y 18,18%, 0,00% y 35,29% y el 47,06% y 96,55% respectivamente. En el caso de la mortalidad perinatal y neonatal, los relativamente bajos porcentajes apuntan a un subregistro, por lo tanto la cifras absolutas de defunciones y los porcentajes calculados hay que tomarlas con cautela. Estos resultados parecen concordar con lo expuesto por Páez Celis respecto a los ya mencionados porcentajes de omisión que caracterizan a la mortalidad general durante las últimas dos décadas del siglo XIX y las tres primeras del siglo XX (Páez Celis en Bidegain Greising, 1987:59). Dos problemas que se asocian con la mortalidad perinatal son los siguientes: primero, los fetos pequeños no eran, generalmente, remitidos, y segundo muchas mujeres no ingresaban al hospital sino después que el aborto había tenido lugar (Sauerteig y Vavken, 1961:787). Por otro lado, la mortalidad postneonatal exhibe consistentemente porcentajes muy elevados a lo largo del período. Esto sugiere un mejor registro de las defunciones del grupos de edad comprendido entre 2 y 11 meses, además de la alta incidencia de enfermedades gastrointestinales.

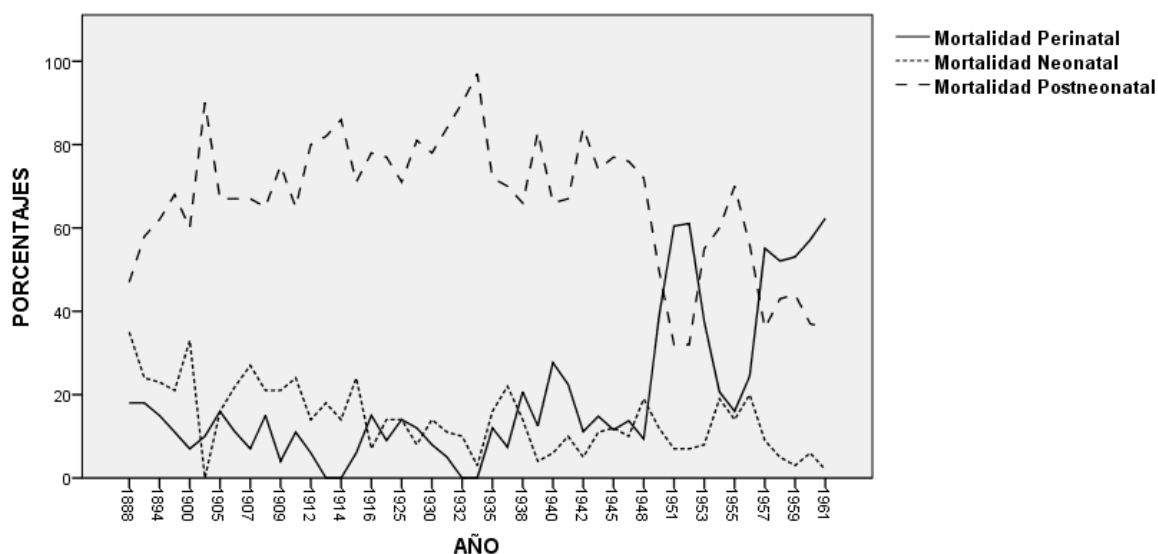
Tabla 110. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil en Valle de la Pascua. Período 1888-1935.						
Año	Mortalidad perinatal		Mortalidad neonatal		Mortalidad postneonatal	
	Frecuencia	% sobre mortalidad infantil	Frecuencia	% sobre mortalidad infantil	Frecuencia	% sobre mortalidad infantil
1888	3	17,65%	6	35,29%	8	47,06%
1893	10	18,18%	13	23,64%	32	58,18%
1894	4	15,38%	6	23,08%	16	61,54%
1898	3	10,71%	6	21,43%	19	67,86%
1900	1	6,67%	5	33,33%	9	60,00%
1901	1	10,00%	0	0,00%	9	90,00%
1905	7	16,28%	7	16,28%	29	67,44%
1906	4	11,11%	8	22,22%	24	66,67%
1907	2	6,67%	8	26,67%	20	66,67%
1908	5	14,71%	7	20,59%	22	64,71%
1909	1	4,17%	5	20,83%	18	75,00%
1911	4	10,81%	9	24,32%	24	64,86%
1912	3	6,00%	7	14,00%	40	80,00%
1913	0	0,00%	2	18,18%	9	81,82%
1914	0	0,00%	4	13,79%	25	86,21%
1915	1	5,88%	4	23,53%	12	70,59%
1916	4	14,81%	2	7,41%	21	77,78%
1920	2	9,09%	3	13,64%	17	77,27%
1925	2	14,29%	2	14,29%	10	71,43%
1928	3	11,54%	2	7,69%	21	80,77%
1930	3	8,33%	5	13,89%	28	77,78%
1931	2	5,26%	4	10,53%	32	84,21%
1932	0	0,00%	2	10,00%	18	90,00%
1933	0	0,00%	1	3,45%	28	96,55%
1935	3	12,00%	4	16,00%	18	72,00%
	68		122		509	
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.						

1937-1961 - En la tabla 111 se presentan las frecuencias de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal y los porcentajes de las mismas sobre la mortalidad infantil durante el período 1937-1961. Como se aprecia en dicha tabla, las tres categorías de la mortalidad infantil experimentaron cambios muy desiguales que contrastan notablemente con lo observado en los años muestrales del período 1888-1935. Por un lado, la mortalidad perinatal muestra una tendencia alcista aunque si se quiere errática entre 1937 y 1956. En los últimos 5 años del período dicha mortalidad se dispara definitivamente hasta alcanzar su más alto porcentaje (62,30%) en 1961. Por otro lado, la mortalidad neonatal muestra notables altibajos entre 1937 y 1961, alcanzando un máximo ese primer año de 22,22% y cayendo ese último año a un 1,64%. Por último, la mortalidad postneonatal muestra elevadísimos porcentajes entre 1937 y 1956, salvo los años 1951 y 1952. Entre 1957 y 1961, la tendencia se torna decreciente aunque todavía a niveles relativamente elevados.

Tabla 111. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil en Valle de la Pascua. Período 1937-1961.						
Año	Mortalidad perinatal		Mortalidad neonatal		Mortalidad postneonatal	
	Frecuencia	% sobre mortalidad infantil	Frecuencia	% sobre mortalidad infantil	Frecuencia	% sobre mortalidad infantil
1937	2	7,41%	6	22,22%	19	70,37%
1938	6	20,69%	4	13,79%	19	65,52%
1939	3	12,50%	1	4,17%	20	83,33%
1940	18	27,69%	4	6,15%	43	66,15%
1941	11	22,45%	5	10,20%	33	67,35%
1942	9	11,11%	4	4,94%	68	83,95%
1944	8	14,81%	6	11,11%	40	74,07%
1945	3	11,54%	3	11,54%	20	76,92%
1947	7	13,73%	5	9,80%	39	76,47%
1948	3	9,38%	6	18,75%	23	71,88%
1950	20	38,46%	6	11,54%	26	50,00%
1951	75	60,48%	9	7,26%	40	32,26%
1952	58	61,05%	7	7,37%	30	31,58%
1953	33	37,50%	7	7,95%	48	54,55%
1954	12	20,69%	11	18,97%	35	60,34%
1955	8	16,00%	7	14,00%	35	70,00%
1956	10	24,39%	8	19,51%	23	56,10%
1957	54	55,10%	9	9,18%	35	35,71%
1958	63	52,07%	6	4,96%	52	42,98%
1959	78	53,06%	4	2,72%	65	44,22%
1960	76	57,14%	8	6,02%	49	36,84%
1961	76	62,30%	2	1,64%	44	36,07%
Total	633		128		806	
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.						

En el gráfico 32 también se aprecian las tendencias descritas para las tres edades de la mortalidad infantil.

Gráfico 32. Evolución de los porcentajes de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal sobre la mortalidad infantil en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



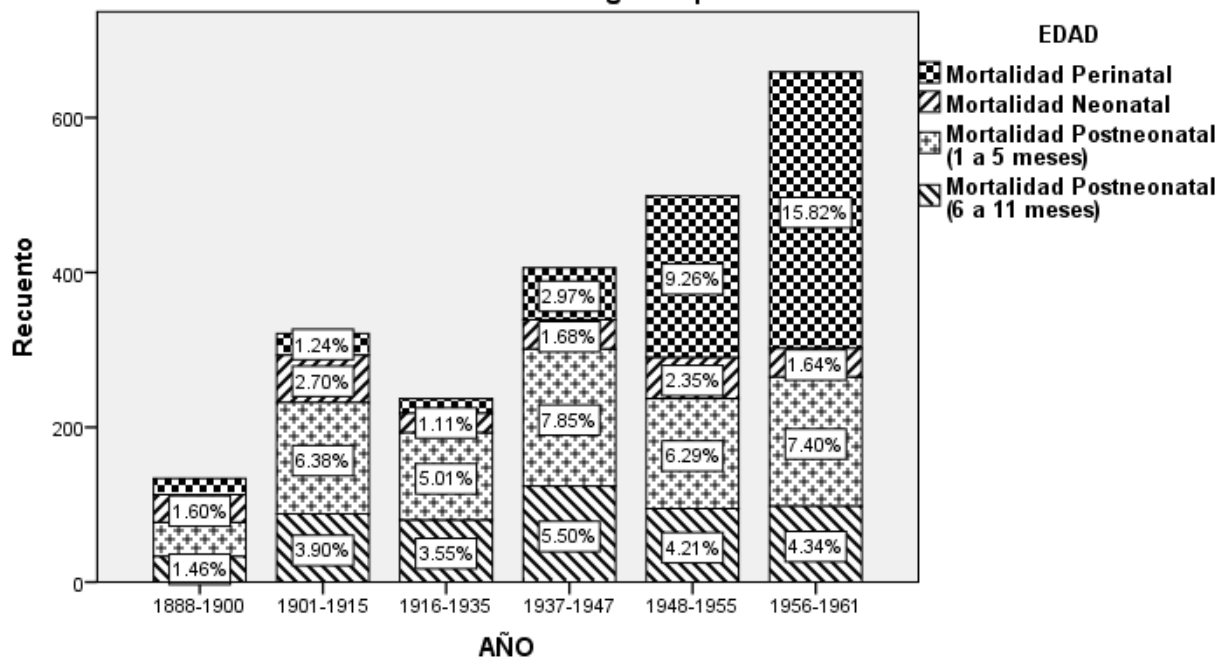
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Como se expuso anteriormente, la mortalidad infantil en Venezuela se solía subdividir en tres grupos, a saber, «Menores de 28 días», «De 1 a 5 meses» y «De 6 a 11 meses». En Venezuela, para 1938 la mortalidad en el grupo de edad «Menores de 28 días» representaba el 38,94% de la mortalidad infantil y para 1959, este porcentaje alcanzaba el 43,89%. En cambio, la mortalidad en los grupos de edad «De 1 a 5 meses» y «De 6 a 11 meses» había experimentado un descenso que era bastante paralelo, específicamente manteniéndose entre ambas mortalidades a lo largo del todo el período 1938-1959 una diferencia aproximada de 10,00%. Los porcentajes de estas dos edades para 1938 eran de 35,56% y 25,50% respectivamente y para 1959 33,73% y 22,38% respectivamente (Arreaza Guzmán, 1961:85).

En Valle de la Pascua, en 1938 los porcentajes de los grupos de edad «Menores de 28 días», «De 1 a 5 meses» y «De 6 a 11 meses» sobre la mortalidad infantil fueron de 27,50%, 44,99% y 27,50% respectivamente, mientras que para el año 1959 los mismos grupos de edad acumularon el 55,78%, 31,29% y 10,88% de la mortalidad infantil respectivamente. Para el año 1938, las cifras de defunciones de cada grupo de edad representa el promedio de todas las defunciones para cada grupo de edad durante el lapso 1937-1939. Por igual, la mortalidad infantil para el año 1938 representa el promedio de todas las defunciones de los menores de 12 meses para el lapso 1937-1939.

En el gráfico 33 se puede apreciar la distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal a lo largo del período 1888-1961. Primeramente se destaca la aparente infravaloración de la mortalidad perinatal durante los lapsos 1888-1900, 1901-1915, 1916-1935 y aún durante el lapso 1937-1947. También se destaca su marcado ascenso durante los lapsos 1948-1955 y 1956-1961, alcanzando en este último lapso el más alto porcentaje (15,82%) de todas las edades durante todo el período 1888-1961. En cuanto a la mortalidad neonatal, se pueden apreciar los modestos porcentajes para todos los lapsos, sobresaliendo apenas el porcentaje de 2,70% alcanzado durante el lapso 1901-1915. Por último, la mortalidad postneonatal, dividida en dos grupos de edad, muestra sus más altos porcentajes en el grupo de edad «1 a 5 meses», los cuales son continuos para todos los lapsos, comenzando con el lapso 1901-1915 y hasta el lapso 1956-1961. El grupo de edad «6 a 11 meses» muestra más bajos porcentajes y después de alcanzar un máximo porcentaje de 5,50% durante el lapso 1937-1947, tiende a bajar en los dos lapsos siguientes, 1948-1955 y 1956-1961, con porcentajes de 4,21% y 4,34. Esto indica que la tendencia decreciente antes mencionada de la mortalidad postneonatal estuvo concentrada mayormente en este grupo de edad.

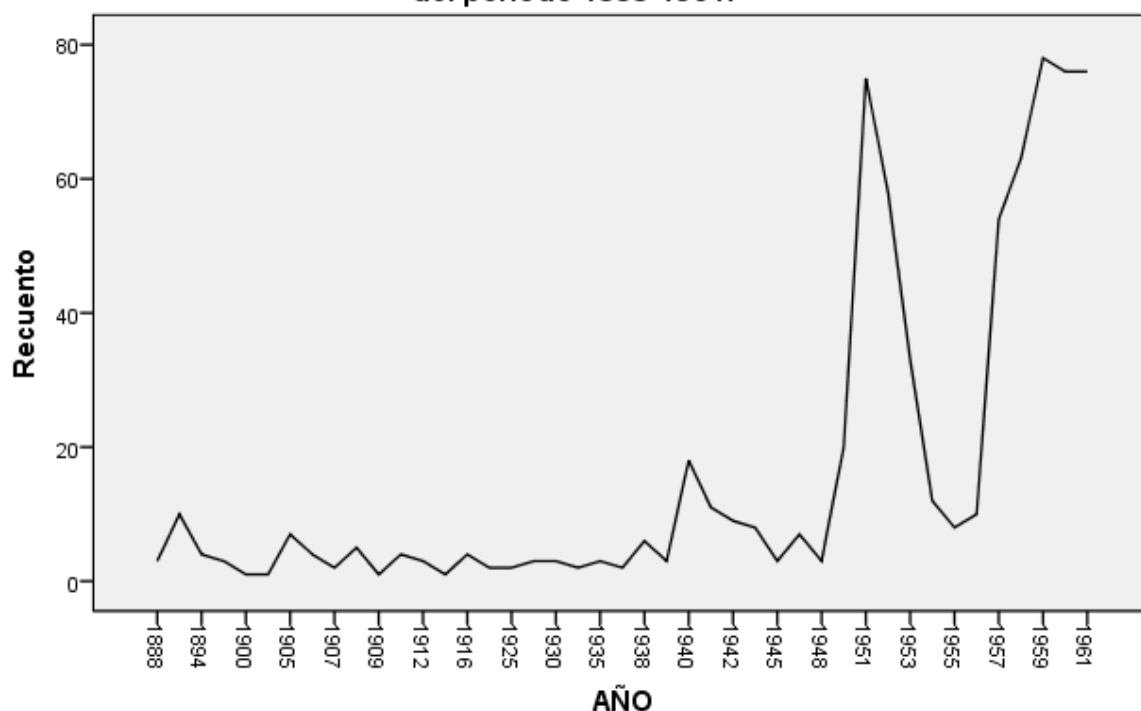
Gráfico 33. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

Por último, una representación gráfica y un análisis más detallado de la evolución de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal a lo largo del período 1888-1961 se presenta a continuación. En el gráfico 34 se presenta la evolución de la mortalidad perinatal durante el período 1888-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 701 defunciones que corresponden a la mortalidad perinatal, lo que representa un promedio anual de 15,24 defunciones. En 10 de los 46 años de este período, el total de defunciones estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1940, 1950, 1951, 1952, 1953, 1957, 1958, 1959, 1960 y 1961. Este gráfico pone de manifiesto la infravaloración de la mortalidad perinatal hasta más o menos 1950, y el marcado ascenso durante esa década, interrumpido sólo por una breve caída en el año 1956. Como se verá más adelante en el análisis de la mortalidad infantil por causas de muerte, la mortalidad perinatal encontrada en las partidas de defunción estuvo mayormente representada por la patología perinatal.

Gráfico 34. Evolución de la mortalidad perinatal en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En el gráfico 35 se presenta la evolución de la mortalidad neonatal durante el período 1888-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 250 defunciones que corresponden a la mortalidad neonatal, lo que representa un promedio anual de 5,43 defunciones. En 23 de los 46 años estudiados, el total de defunciones estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1888, 1893, 1894, 1898, 1905, 1906, 1907, 1908, 1911, 1912, 1937, 1944, 1948, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, y 1960. Se detectan muchos picos y valles en este gráfico, con cifras de defunciones relativamente más elevadas en los años 1893 (13), 1911 (9), 1951 (9), 1954 (11) y 1957 (9). En 1911, el 44,44% de las defunciones se debieron al tétanos infantil, pero se desconocen las causas precisas de las muertes en 1893. En el año 1951, al 44,44% de las defunciones correspondientes a la mortalidad neonatal les fue asignado el código 14.3 (Mal definida). En el año 1954, los códigos 11.1 (debilidad congénita) y 2.14 (tétanos infantil) acumularon el 45,45% y 45,45% del total de la mortalidad neonatal respectivamente. Por último, en el año 1957 los códigos 11.1 (debilidad congénita) y 2.14 (tétanos infantil) acumularon el 22,22% y 22,22% del total de la mortalidad neonatal respectivamente.

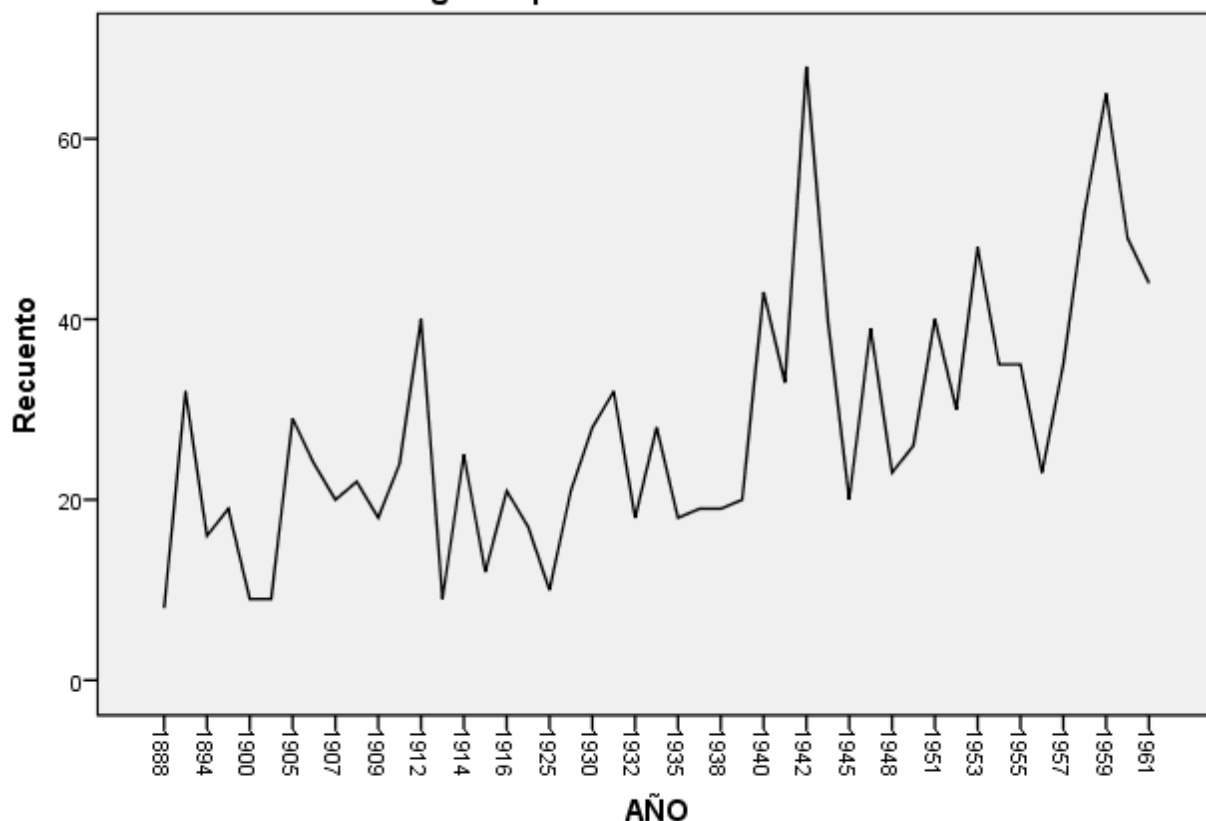
Gráfico 35. Evolución de la mortalidad neonatal en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1888-1961.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En el gráfico 36 se presenta la evolución de la mortalidad postneonatal durante el período 1888-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 1.315 defunciones que corresponden a la mortalidad postneonatal, lo que representa un promedio anual de 27,98 defunciones. En 21 de los 47 años estudiados, el total de defunciones estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1893, 1905, 1912, 1930, 1931, 1933, 1940, 1941, 1942, 1944, 1947, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1957, 1958, 1959, 1960 y 1961. De estos años se destaca 1942 por acumular más de 5,00% del total de la mortalidad postneonatal. Durante todo el período, la tendencia de la mortalidad postneonatal fue ascendente, aunque moderadamente. Sólo a finales del período se percibe una leve tendencia al descenso, aunque como ya se vio con anterioridad, dicha tendencia se concentró principalmente en el grupo de edad «6-11 meses».

Gráfico 36. Evolución de la mortalidad postneonatal en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1888-1961.



Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

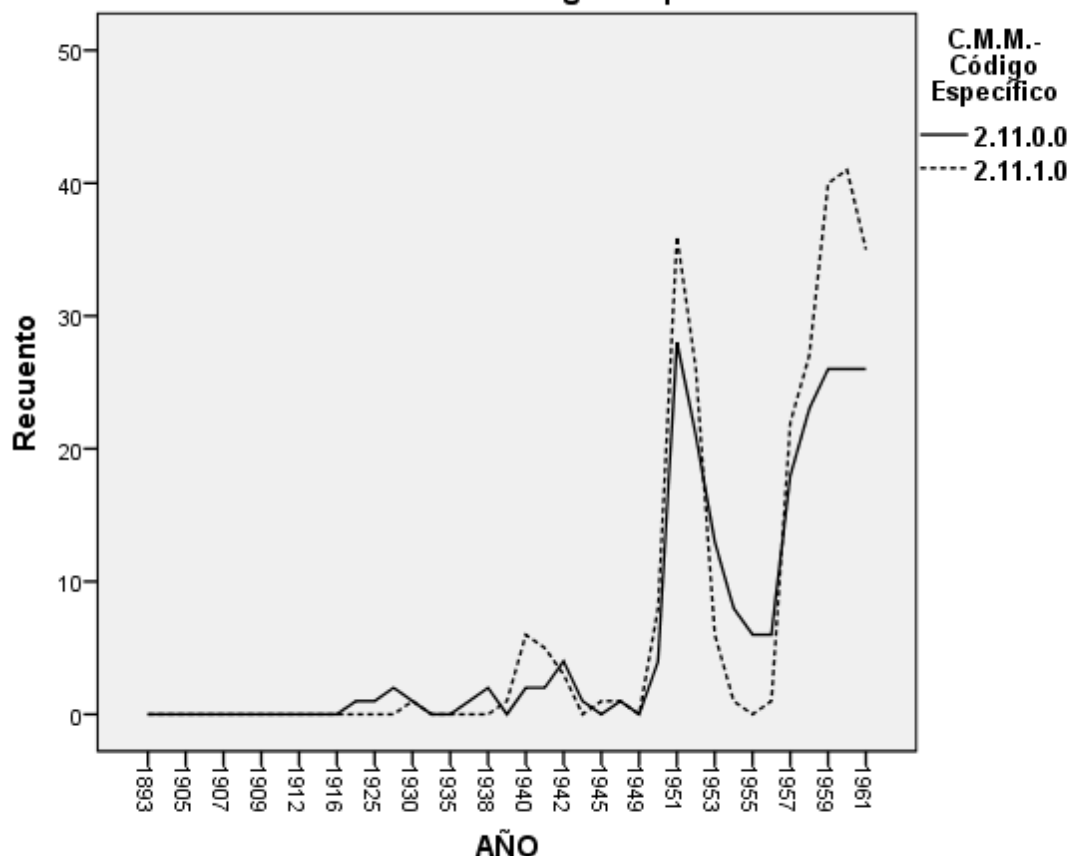
5.7.3. Evolución de la mortalidad perinatal, neonatal y perinatal por causas de muerte a lo largo del período 1893-1961

A continuación se presenta la evolución de la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal por causas de muerte en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961. La inclusión de una u otra causa de muerte se basa en los porcentajes de dicha causa de muerte sobre el total para cada edad. Además, se toma en cuenta sólo la mortalidad diagnosticada, aunque sí se hace referencia a las defunciones por causas de muerte mal definidas. Utilizando este criterio, encontramos que en el caso de la mortalidad perinatal, la mortalidad por patología perinatal, representada por los códigos de la C.M.M. 2.11.0.0 (debilidad congénita y parto prematuro) y 2.11.1.0 (partos prolongados), fue la causa de muerte más importante. Dichos códigos acumularon respectivamente el 32,32% y 37,83% del total de la mortalidad perinatal para todo el período. Por otro lado, en cuanto a la mortalidad neonatal, el código de la C.I.E.-1900 (tétanos infantil) fue la causa de muerte que acumuló el mayor porcentaje de la mortalidad neonatal, en este caso 27,63% del total. Además, el código 14.3 (causa de muerte mal definida) acumuló el 25,88% del total y el mismo podría estar ocultando aún más muertes por tétanos infantil. Por último, en lo que se refiere a la mortalidad

postneonatal, se destacaron los códigos de la C.M.M. 1.1.2.0 (enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos) y 1.2.2.0 (enfermedades infecciosas transmitidas por el aire), los cuales acumularon el 28,11% y 11,88% de la mortalidad postneonatal durante el período 1893-1961. Estos porcentajes podrían ser aún más elevados, si se toma en cuenta que 332 de las 1.263 defunciones en la edad postneonatal o un 26,29% fueron clasificadas como mal definidas.

Evolución de la mortalidad perinatal por causas de muerte - En el gráfico 37 se presenta la mortalidad perinatal por patología perinatal durante el período 1893-1961. En términos de la Clasificación Modificada de McKeown, la mortalidad por patología perinatal está representada por los códigos 2.11.0.0 (debilidad congénita y partos prematuros) y 2.11.1.0 (partos prolongados). Ambos códigos muestran marcados picos y valles en la década de los cincuenta, con elevadísimas cifras en los años 1951 y 1959 y una muy baja cifra en 1956. La debilidad congénita era un concepto que se venía manejando desde las primeras décadas del siglo XX. En aquel entonces se hablaba de dos tipos de debilidad congénita: debilidad simple o fisiológica y debilidad mórbida o patológica. Se entendía que en casos de debilidad fisiológica se interrumpía la gestación sin que hubiese habido una enfermedad intrauterina del feto. Por otro lado, en casos de debilidad patológica existía una enfermedad intrauterina del feto, especialmente enfermedades infecciosas o tóxicas sufridas *in útero* por dicho feto (Villegas Ruiz, 1925:210). El parto prolongado (código 11.3 en términos de la C.I.E.-1900) formaba parte de las enfermedades peculiares de la primera infancia, las cuales figuraban como tercera causa de muerte para 1959, aunque la tendencia de dichas enfermedades era decreciente (Arreaza Guzmán, 1961:93).

Gráfico 37. Evolución de la mortalidad perinatal por patología perinatal en Valle de la Pascua a lo largo del período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

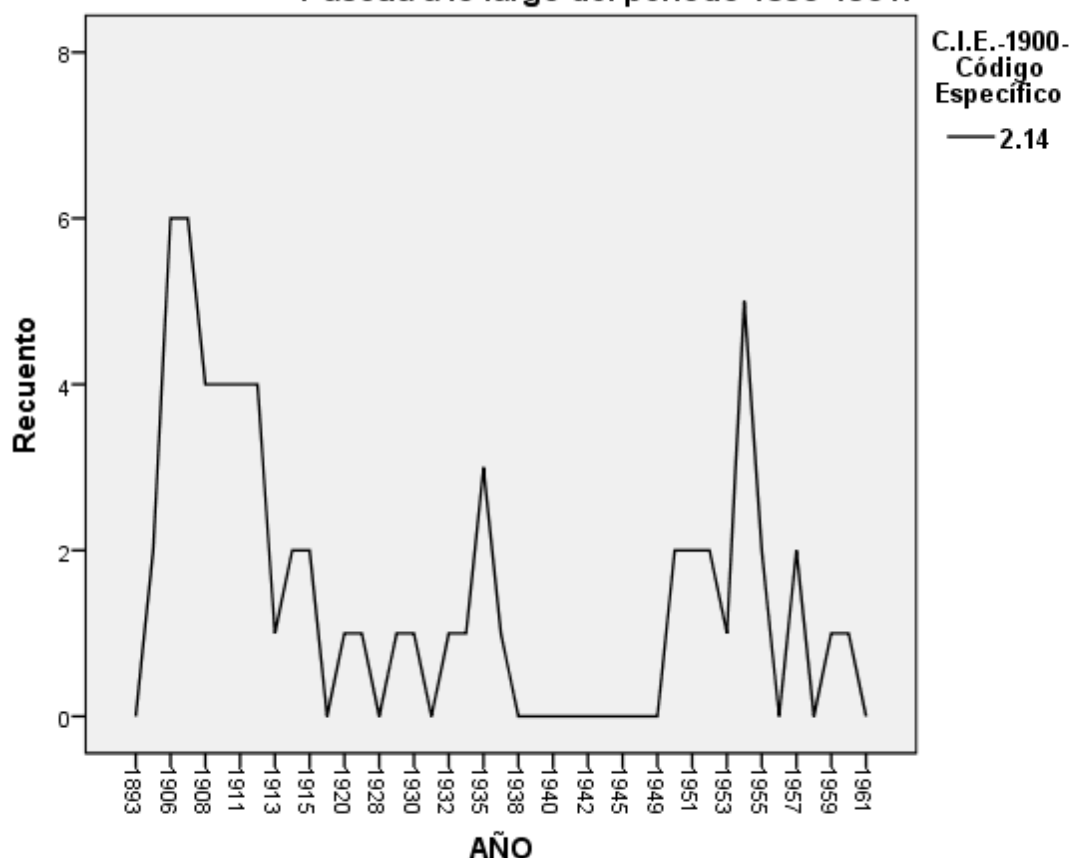
En lo que se refiere a Venezuela y en cuanto al código 2.11.0.0, durante el decenio 1950-1959 en los varones acumularon el mayor porcentaje de mortalidad por malformaciones congénitas registrando 2.346 defunciones o 55,5% del total. Las mujeres, por otro lado, registraron 1.881 defunciones, o 44,5% del total. La mortalidad por malformaciones congénitas fue más frecuente en la etapa fetal que en la ovular o embrionaria con 1.329 casos. La hidrocefalia (32,7%) y la anencefalia (29,4%) fueron los tipos más comunes de malformación y predominando las anomalías del sistema nervioso. La mortalidad por malformaciones congénitas fue mayor en el grupo de menores de un año (84,8%) y los varones mostraron la mayor mortalidad durante todos los años estudiados (Vélez Boza, 1961:513). Por otro lado, debe mencionarse que no se detectó el uso del código de la C.I.E.-1900 11.4 (parto prematuro, prematuridad, mortinato, muerte intrauterina o nacido muerto) en ninguno de los años muestrales del período 1893-1935. También debe mencionarse que durante el período 1893-1935, se encontró solamente una defunción, en el año 1930, a la que se le asignó el código de la C.I.E.-1900 11.3 (parto prolongado). Por último, el parto prematuro o prematuridad (código 11.4. en términos de la C.I.E.-1900) durante el período

1942-1959 figuraba como la primera causa de muerte en niños menores de 28 días (Arreaza Guzmán, 1961:92).

Los resultados encontrados en Valle de la Pascua durante el período 1937-1961 no difieren significativamente de los encontrados en otras ciudades del Estado Guárico. En su estudio de la mortalidad infantil en San Juan de los Morros, capital del Estado, durante el sexenio 1936-1941, Orellana encontró que las causas principales de la mortalidad neonatal (0-30 días) fueron causas las congénitas y tétanos infantil, las cuales acumularon el 47,82% y 35,22% del total de las defunciones diagnosticadas respectivamente (Orellana, 1942:911). En Valera, durante el quinquenio 1955-1959, la inmadurez y las malformaciones congénitas constituían la primera causa de muerte, o sea las causas de orden biológico (Purroy Terán, 1961:806). En San Cristóbal durante el período 1937-1942, las causas congénitas ocuparon el segundo puesto entre las causas de muerte más importantes, registrando específicamente un 32,00% de la mortalidad infantil y 37,00% del total de la mortalidad diagnosticada (González, 1944:204). La única diferencia en estos resultados es la tendencia de los estudiosos en la década de 1940 a incluir la mortalidad perinatal como parte de la neonatal.

Evolución de la mortalidad neonatal por causas de muerte - En el gráfico 38 se presenta la evolución de la mortalidad neonatal por el código de la C.I.E.-1900 2.14 (tétanos infantil) durante el período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 63 defunciones a las que corresponde este código, lo que representa un promedio anual de 1,47 defunciones. En 16 de los 43 años estudiados, el total de defunciones por este código estuvo por encima del promedio anual, específicamente los años 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1911, 1912, 1935, 1937, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955 y 1957. Se destacan en particular los años 1906, 1907 y 1954 por acumular el 9,52%, 9,52% y 7,94% del total de defunciones por tétanos infantil respectivamente. Sin embargo, con la excepción del año 1954, las estadísticas del período 1937-1961 apuntan hacia un declive del tétanos infantil en Valle de la Pascua. Igual sucedía en la Venezuela entera. El tétanos infantil (también conocido como mocezuelo) es una enfermedad infecciosa producida por la penetración en el cordón umbilical del niño del bacilo de Nicolaler (toxinas que envenenan el organismo) (Herrera Vega, 1903:129).

Gráfico 38. Evolución de la mortalidad neonatal por tétanos infantil en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1893-1961.

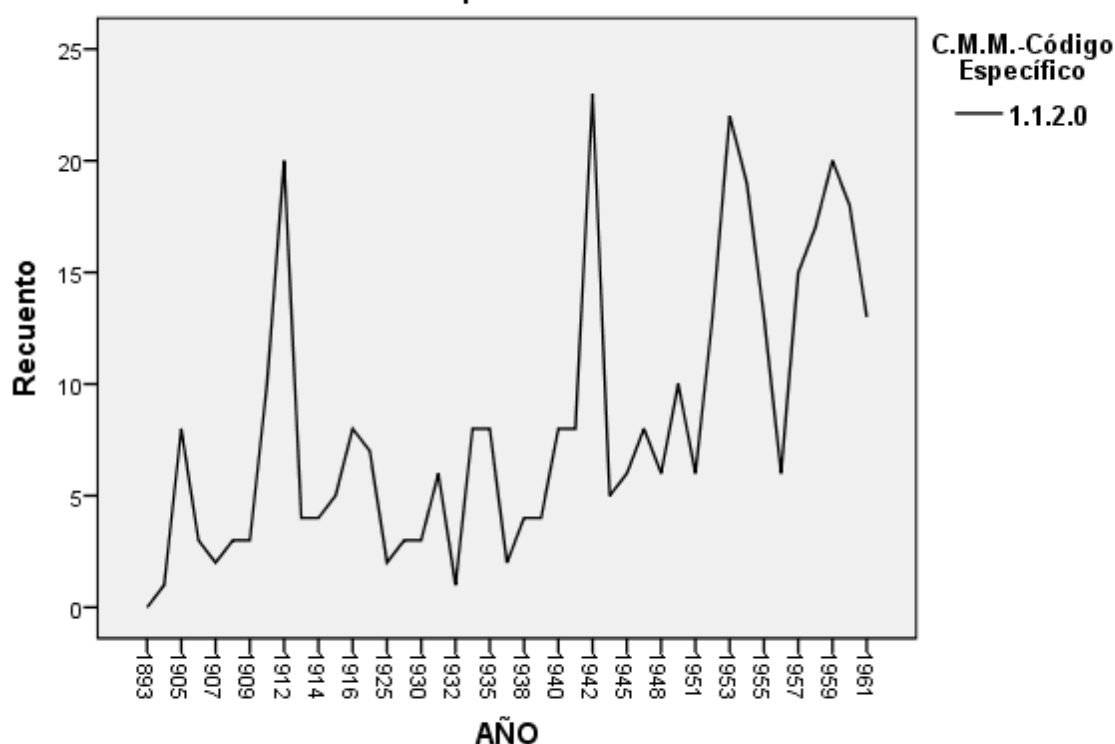


Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En el Estado Guárico, aunque no se tienen estadísticas concretas sobre la mortalidad por tétanos infantil, dicha enfermedad parece haber tenido un significativo impacto en el perfil epidemiológico del Estado en las primeras décadas del siglo XX. Entre 1910 y 1920, por ejemplo, se citan 689 defunciones por tétanos en todo el Estado Guárico, aunque no se puede establecer un porcentaje preciso del total de defunciones (Landaeta, 1923:190). En toda Venezuela, el tétanos infantil siempre había sido un gran amenaza para los niños. A principios del siglo XX, por ejemplo, el tétanos infantil causaba la muerte de 60 niños al año en la ciudad de Caracas (Herrera Vegas, 1903:129). Sin embargo, a partir de la primera parte de la década de los años treinta se detecta un descenso de la mortalidad infantil por tétanos infantil en toda Venezuela, por cuanto el número de defunciones anuales por tétanos infantil disminuyó un 70,00% entre 1930 y 1936 (Sánchez Becerra:1937:312). Ya para el período 1942-1959, el tétanos infantil no figura como una de las principales causas de muerte en Venezuela (Arreaza Guzmán, 1961:92). No obstante, algunos estudiosos aseguraban que un gran porcentaje de la mortalidad infantil por causa Mal Definida se debía al tétanos, sobre todo entre los 4 y 7 días de edad (Orellana, 1942:904).

Evolución de la mortalidad postneonatal por causas de muerte - En el gráfico 39 se presenta la evolución de la mortalidad postneonatal por el código de la C.M.M. 1.1.2.0 (enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos) durante el período 1893-1935. Para los años muestrales de este período se encontraron 355 defunciones a las que corresponde este código, lo que representa un promedio anual de 8,26 defunciones. En 13 de los 43 años estudiados, el total de defunciones por este código estuvo muy por encima del promedio anual, específicamente los años 1911, 1912, 1942, 1950, 1952, 1953, 1954, 1955, 1957, 1958, 1959, 1960 y 1961. Se destaca en particular la mortalidad por el código 1.1.2.0 durante el lapso 1952-1961, cuando registró un promedio porcentual de 37,93% sobre la mortalidad postneonatal.

Gráfico 39. Evolución de la mortalidad postneonatal por enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos en Valle de la Pascua durante el período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En lo que se refiere a la mortalidad postneonatal en Venezuela, en 1921 las afecciones intestinales, junto con el paludismo y la tuberculosis se citaban como las causas de muerte mayormente responsables por los estragos poblacionales que afectaban al país (Rísquez, 1921:199). A principios de la década de los treinta, se detectaba un aumento progresivo en las defunciones por diarrea y enteritis, las cuales causaron un promedio de 2.627

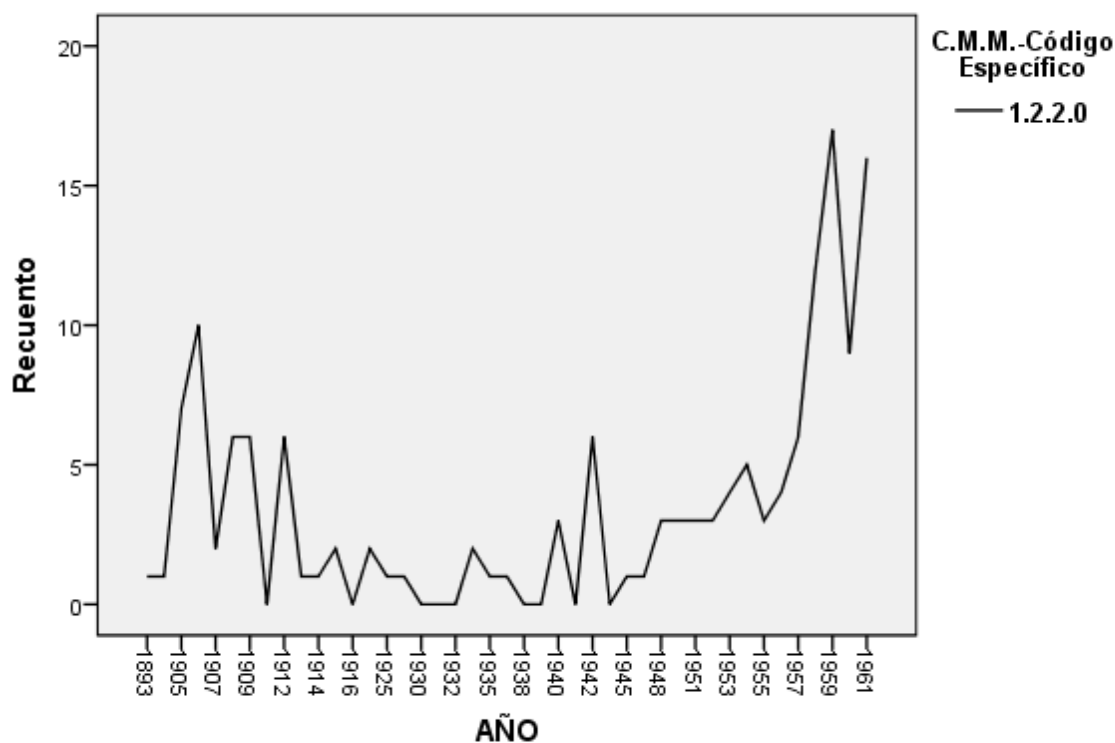
defunciones anuales durante el lapso 1932-1936 (Sánchez Becerra, 1937:312). Estudios realizados sobre la mortalidad infantil y que cubren los últimos años de la década de los treinta y los primeros de la década de los cuarenta revelan la magnitud del problema en lo que se refiere a las enfermedades gastrointestinales. Por ejemplo en San Cristóbal, durante el período 1937-1942, las enfermedades gastrointestinales fueron las más importantes con un 34,8% de la mortalidad diagnosticada (González, 1944:204). En San Juan de los Morros, durante el período 1936-1941, la diarrea y enteritis figuraban como primera causa de muerte al acumular el 30,68% de las defunciones diagnosticadas dentro de la mortalidad infantil (Orellana, 1942:915) y el 19,07% del total de la mortalidad infantil (Orellana, 1942:903). En Barquisimeto durante el período 1943-1949, la gastroenteritis fue la primera causa de muerte con 29,00% de la mortalidad infantil, la cual mostró valores extremos para los meses de junio, julio y agosto, debido justamente a causas gastrointestinales (Gómez Padrón, 1950:24-25). Igual sucedía en Tovar, Estado Mérida, durante el período 1938-1943, salvo que también se agregaba el mes de mayo (Ramírez González, 1945:86). Las afecciones gastrointestinales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en Porlamar, Estado Nueva Esparta (Isla de Margarita), durante el quinquenio 1938-1943, con un índice porcentual de 49,44% (Aguiar Nieto, 1945:167-168). Durante el lapso 1933-1941, la diarrea y enteritis acumularon el 52,11% de la mortalidad diagnosticada en Ciudad Bolívar (Barrera Moncada, 1944:254). Entre 1938 y 1940, la mortalidad por gastroenteritis también hacía estragos en otras importantes ciudades de Venezuela, como lo revelan los siguientes porcentajes de la mortalidad infantil: Maracaibo (57,04% en 1940); Caracas (42,93% en 1940); Maracay (23,48% en 1938); Los Teques (21,78% durante el lapso 1940-1941) (Orellana, 1942:903).

En la década de los cincuenta, las enfermedades gastrointestinales jugaron un papel de gran importancia en el panorama epidemiológico de Venezuela. Por ejemplo, Curiel y Ochoa encontraron que durante el período 1950-1954, la gastroenteritis fue responsable del 52,00% del total de defunciones en grupo de edad «4 semanas a 1 año» (Curiel y Ochoa, 1959:355). Además, durante ese mismo lapso la gastroenteritis representó la primera causa de muerte en Venezuela y el número de muertes por dicha causa llegó a 8.700 por año. De cada seis muertos por todas las causas, una era de gastroenteritis, y así se tenía una tasa anual de 166 por 100.000 habitantes. En relación a la edad y la gastroenteritis, el 66,00% de defunciones ocurrieron en menores de un año, llegando a 85,00% para los menores de dos años. Por otro lado, al ubicar el problema de la mortalidad por gastroenteritis no en grupos etarios, sino en referencia al país, asomaba la ruralidad: el 60% de las defunciones ocurrieron en lugares con cifras poblacionales menores de 5.000 habitantes, en donde

residía el 55% de la población venezolana. En cuanto a la asistencia médica, se descubrió que, en poblaciones menores de 5.000 habitantes, por cada tres muertes de gastroenteritis, una sola era objeto de atención médica y para las localidades de 1.000 habitantes, esta proporción era de 4 a 1. Conviene anotar también que el 70,00% de los certificados de defunción fue firmado por médicos (Oropeza, 1961:53).

En el gráfico 40 se presenta la evolución de la mortalidad postneonatal por el código de la C.M.M. 1.2.2.0 (enfermedades infecciosas transmitidas por el aire) durante el período 1893-1961. Para los años muestrales de este período se encontraron 150 defunciones a las que corresponde este código, lo que representa un promedio anual de 3,49 defunciones. En 14 de los 43 años estudiados, el total de defunciones por este código estuvo muy por encima del promedio anual, específicamente los años 1905, 1906, 1908, 1909, 1912, 1942, 1953, 1954, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960 y 1961. Se destaca en particular la mortalidad por este código durante el quinquenio 1905-1909, al registrar un promedio porcentual de 27,28% sobre la mortalidad postneonatal de esos cinco años. También sobresale la mortalidad por este código durante los últimos seis años del período cuando registró un promedio porcentual de 23,08% del total de la mortalidad postneonatal.

Gráfico 40. Evolución de la mortalidad postneonatal por enfermedades infecciosas transmitidas por el aire en Valle de la Pascua durante el período 1893-1961.



Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

En la Venezuela entera, para 1959 las enfermedades respiratorias eran responsables del 30,58% de la mortalidad diagnosticada en niños de 1 a 5 meses de edad, mientras que las neumonías eran responsables del 26,87% de la mortalidad diagnosticada en los niños de 6 a 11 meses (Arreaza Guzmán, 1961:96). Para 1961, bronconeumonía (código 4.6 según la C.I.E.-1900) junto con otras neumonías ocupaba el quinto puesto como principal causa de muerte en toda Venezuela. En ese entonces se estimaba que si se mejoraba la asistencia médica al enfermo, en particular a los menores de 5 años, se obtendría una gran reducción en la incidencia de estas enfermedades (Gabaldón, 1965:383).

En el caso de Valle de la Pascua, lo curioso del código de la C.I.E.-1900 4.6 (bronconeumonía) es que, durante el período 1893-1935, el mismo solo aparece como causa de muerte 8 veces dentro de la mortalidad postneonatal. Sin embargo, no se puede asegurar con certeza si el código 4.6 suplantó al código 4.7 (neumonía) como el diagnóstico de defunción preferido. Según el Dr. Ron Troconis, el marcado uso del código 4.6 tal vez se debe a que la bronconeumonía generalmente afectaba a los grupos de edad extremos, es decir, los más jóvenes y los más viejos. Las estadísticas corroboran lo expuesto por el Dr. Ron Troconis. De las 195 defunciones por el código 4.6 registradas durante el período 1937-1961, un 57,44% correspondió al grupo de edad «Menores de un año», un 20,00% al grupo de edad «1-5 años», y un 10,26% al grupo de edad «51 y más años».

5.8. Los factores influyentes en la mortalidad infantil de Valle de la Pascua

En líneas generales, los factores influyentes en la mortalidad infantil de Valle de la Pascua durante el período estudiado son prácticamente los mismos factores presentes en otras ciudades de Venezuela. Se pueden citar por lo menos tres categorías de factores, a saber: factores patológicos, factores de orden social y factores sanitarios. Los escritos de los estudiosos especializados en la mortalidad infantil de Venezuela nos ayudan a entender y a analizar cada uno de estos factores.

²⁸⁶ Dr. Diógenes Ron Troconis. Entrevistado por Lisandro Contreras (vía telefónica), 15 de noviembre de 2015.

Factores patológicos –Los estudiosos hablaban de la existencia de factores patológicos prenatales y postnatales. Los factores patológicos prenatales tenían siempre que ver con los progenitores, los cuales podían causar la muerte de la criatura por medio de la sífilis o la toxemia gravídica. Por igual, las deformaciones pelvianas en la embarazada, la falta de reposo de la misma y la mala presentación también podían causar la muerte fetal. Por otro lado, entre los factores postnatales se incluían las afecciones gastrointestinales, las afecciones bronco-pulmonares, las enfermedades infecciosas agudas, los trastornos de la nutrición, el mocezuelo y la tuberculosis (Sánchez Becerra:1937:312; Ramírez Gonzáles, 1945:91-92).

Todos o casi todos los factores patológicos aquí nombrados probablemente estuvieron presentes en la mortalidad infantil ocurrida en Valle de la Pascua y vecindarios adyacentes, aunque unos en mayor proporción que otros. Por ejemplo, la falta de atención médica durante el embarazo fue citado por los médicos vallepascuenses entrevistados como uno de los factores que definitivamente contribuyó a la mortalidad infantil en Valle de la Pascua. La alta incidencia de tuberculosis en las mujeres vallepascuenses posiblemente también jugó un papel de importancia. De las 903 defunciones por tuberculosis pulmonar, un 57,36% correspondió a las mujeres. También, 351 defunciones o 67,76% del total de la mortalidad femenina por tuberculosis pulmonar ocurrió en los grupos edades más fecundos, en este caso, los grupos de edad «11-20 años», «21-30 años» y «31-40 años».

Por último, una enfermedad que posiblemente fue ocultada muy a menudo es la sífilis. En Valle de la Pascua, durante el período 1893-1961, sólo se registraron 37 defunciones por el código de la C.I.E.-1900 1.39.1 (sífilis) y los varones acumularon el 72,97% del total. Esta cifra parece estar infravalorada, probablemente por estigma asociado con esta enfermedad y por lo tanto la tendencia quizás a ocultarla. Es sabido que la sífilis fue muy prevalente en Venezuela en las primeras décadas del siglo XX y era transmitida al cónyuge o pareja por la vía sexual. En un estudio realizado por Abel Mejía, Médico Jefe de la Sección de Venereología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en la década de 1940, se encontró que un 14,00% de los 20.000 solicitantes al certificado de salud eran sifilíticos. La muestra consistió de hombres de edades comprendidas entre 15 y 50 años. En total, este autor estimaba que en Venezuela había alrededor de 400.000 sifilíticos en una población cercana a los 4.000.000 de habitantes, o sea, un 10% del total. Algunos otros estudiosos estimaban que el porcentaje de sifilíticos en Venezuela probablemente ascendía al 30,00% (Mejía, 1942:747-748).

Factores de orden social – Muchos fueron los factores de orden social enumerados por los estudiosos de la mortalidad infantil. Algunos los reducían a la pobreza y la ignorancia, indicando, por ejemplo, que la mortalidad infantil era mucho más baja en los barrios de lujo que en los barrios miserables (Sánchez Becerra, 1937:313). La formación de barrios pobres, en particular, revestía de gran importancia porque era donde se pensaba se gestaban los más altos niveles de hacinamiento y la falta de higiene (Purroy Terán, 1961:802). Otros hacían distinciones más específicas y postulaban como factores de orden social a la diseminación de la población, la ignorancia, la ilegitimidad, la miseria y el hacinamiento (Orellana, 1942:915). También figuraban como factores de orden social, el analfabetismo, la ignorancia higiénica, la escasez de recursos económicos, la alimentación, el género de vida, la clase de trabajo, el ambiente, el salario, el concubinato, el curanderismo, la falta de educación y las nefastas costumbres que trastornaban las digestiones (chupón, mamada de dedo, comida de tierra etc. (Acosta Delgado, 1921:206; Barrera Moncada, 1944:254; González, 1944:211; Ramírez Gonzáles, 1945:91-92; Aguiar Nieto, 1945:214; Machado, 1950:244).

En Valle de la Pascua, a juzgar por lo expuesto en el capítulo MARCO HISTÓRICO, factores de orden social como la falta de higiene, el analfabetismo, la ilegitimidad, la falta de recursos económicos, el aislamiento en el medio rural, la mala alimentación y el curanderismo estuvieron presentes a lo largo del período estudiado y definitivamente jugaron un papel de relativa importancia en la mortalidad infantil. Lo difícil es cuantificar la contribución de cada uno de ellos. La falta de higiene, en particular, era un factor que afectaba a las comadronas que asistían en los partos.

Factores sanitarios – Como factores sanitarios que repercuten en la mortalidad infantil se mencionan la carencia de hospitales y refugios para el auxilio y asistencia, tanto del niño enfermo, como de sus padres generalmente desvalidos, la mala asistencia obstétrica, la insuficiencia de los medios de tratamiento del niño enfermo y las malas condiciones de los abastos de agua y leche (Acosta Delgado, 1921:206; Orellana, 1942:915; Barrera Moncada, 1944:254; González, 1944:211). A estos se debe agregar la falta de educación sanitaria (llevada a cabo mediante la inscripción precoz del niño sano en las consultas de puericultura de las Medicaturas Rurales, Centros de Salud y Unidades Sanitarias) y saneamiento ambiental. El saneamiento de las fuentes de infección: excretas humanas y animales se consideraba vital para combatir, sobre todo, la gastroenteritis, construyendo cloacas y el alcantarillado en las ciudades y el excusado de hoyo o letrina en las zonas rurales. Factores contribuyentes a la gastroenteritis incluían a la escasez de agua, las moscas, la suciedad y la basura. La gastroenteritis se consideraba una suma etiológica de

infección, desnutrición, carencia de hábitos de higiénicos y falta de viviendas higiénicas (Oropeza, 1960:54). Por otra parte, también estrechamente ligado a los factores sanitarios era el comportamiento de las embarazadas. Por ejemplo, en el caso de la debilidad congénita, las principales causas de la misma eran la sífilis, la inmadurez y los accidentes del parto. La mujer que daba a luz por primera vez acudía con menos frecuencia a las instituciones de asistencia obstétrica que la mujer había tenido múltiples partos y esta circunstancia unida a la mayor cantidad de distocias que se presentaban en la primera, hacían aumentar la mortalidad por accidentes del parto. La alta mortalidad por accidentes del parto exigía poner mayor atención a la asistencia del parto en las mujeres que daban a luz por primera vez (Rodríguez, 1940:158-159).

En cuanto a los factores sanitarios y en relación a Valle de la Pascua, indudablemente que se destacan la falta de un centro médico hasta 1937, la falta del agua o el deplorable estado del agua disponible a lo largo de la mayor parte del período estudiado y la falta de un sistema de alcantarillado hasta 1947. Tampoco parece haber habido en Valle de la Pascua un sistema de recolección de basuras durante gran parte del período estudiado, siendo muy común la práctica de quemar basura en los solares (terrenos en la parte posterior de una vivienda) de las casas.

Otros factores – Otros factores ya mencionados que no encajan precisamente en ninguna de las categorías antes nombradas, pero que representaban fuertes escollos en llegar a entender plenamente la magnitud de la mortalidad infantil incluyen los siguientes (Oropeza, 1960:49-50):

- La defectuosa inscripción de los nacimientos en el Registro Civil.
- Las irregularidades en la inscripción de la natalidad y mortalidad en el medio rural.
- La falta de delimitación de áreas precisas para el registro de la mortalidad y la clasificación de áreas urbanas y rurales.
- La gran proporción de muertes por causas desconocidas.
- La indiferencia de la clase médica y de algunas instituciones asistenciales en el asiento correcto de las causas de muerte al expedir los Certificados de Defunción.
- La afluencia de la población rural a las ciudades en busca de recursos médicos, aumentando así proporcionalmente los coeficientes de mortalidad

Sin duda alguna que todos estos factores estuvieron presentes, de una forma u otra, en Valle de la Pascua a lo largo del período 1845-1961.

Otro factor de relativa importancia en los índices de la mortalidad infantil y que se puede asociar con la afluencia de la población rural a las ciudades fue el mejoramiento de las vías de comunicación. Esto trajo como consecuencia una mayor concurrencia de las madres con sus niños enfermos a las consultas hospitalarias o de clínicas particulares en las ciudades, lo cual, como ya se expuso, ponía aún más de manifiesto la mortalidad infantil en muchos centros urbanos (Purroy Terán, 1961:802). Finalmente, también se mencionan las condiciones meteorológicas locales, sobre todo las lluvias (Orellana, 1942:915). Sin embargo, no parece haberse establecido una relación firme entre las condiciones climáticas y la incidencia de la mortalidad infantil.

Por último, un punto muy importante que debe destacarse es que algunos estudiosos en la década de 1940 sostenían que la mortalidad neonatal, la cual incluía la mortalidad perinatal, ocurría principalmente en el medio rural, donde generalmente no había médicos para atender al niño ni para certificar su defunción, lo que generaba altos porcentajes de mortalidad no diagnosticada (causas mal definidas) (Orellana, 1942:911). En el caso de Valle de la Pascua, lo expuesto por Orellana cobra importancia, sobre todo durante el período 1893-1935, por cuanto el porcentaje de la mortalidad infantil procedente del medio rural fue extremadamente bajo (un 22,84%), lo que parece confirmar un muy alto subregistro, si se toma en cuenta que durante el mencionado período la población de Valle de la Pascua era mayormente rural.

5.9. El análisis de la intensidad de la mortalidad

El estudio de la mortalidad en cualquier región del mundo no sería completo sino se toma en consideración ocasiones donde la mortalidad ocurrida estuvo muy por encima de lo normal. Según Bernabeu Mestre, la epidemiología histórica está obligada a recurrir y participar en una colaboración interdisciplinaria capaz de describir y explicar las crisis demográficas en su auténtico contexto, es decir en el marco histórico de los sistemas económicos, sociales y políticos donde han tenido lugar. El análisis de las crisis demográficas incluye los niveles e intensidad de la morbi-mortalidad alcanzada, frecuencia y extensión espacial y temporal de la crisis, mortalidad diferenciada etc. (Bernabeu Mestre, 1994:77-78).

Para los efectos de esta tesis doctoral, se tomaron en consideración aquellos años donde pudo haber habido una sobremortalidad, específicamente los años 1881, 1912, 1926, 1942

y 1959. Por otro lado, como se mencionó con anterioridad el capítulo MATERIAL Y MÉTODO, el método seleccionado para llevar a cabo el análisis de la intensidad de la mortalidad fue el método de Livi-Bacci y Del Panta por ser el más idóneo dado los datos disponibles.

5.9.1. Año 1942

En este estudio sólo se analizó el año 1942 por reunir los requisitos primordiales para un análisis detallado. Para dicho año se contó con las cifras de defunciones para los 5 años anteriores y los 5 posteriores. Además se pudo localizar el 97,10% de las partidas de defunción redactadas por el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. En el caso de los años 1881, 1912, 1926 y 1959, dichos años fueron excluidos por diferentes razones. Para el año 1881 no se contó con el número de defunciones de los 4 años anteriores y los 5 posteriores al mismo. Con respecto al año 1912, el porcentaje de desviación según el método de Livi-Bacci y Del Panta estuvo por debajo del 50,00% y por lo tanto no se le puede considerar como un año de crisis. En cuanto al año 1926, el porcentaje de desviación de 62,00% apunta a un año de crisis. Sin embargo, para este año sólo se pudo localizar el 67,50% de las partidas de defunción, lo que impide un análisis detallado de la crisis de mortalidad ocurrida en el mismo y por lo tanto justifica su exclusión. Por último, para el año 1959 no se cuenta con el número de defunciones de tres años posteriores a dicho año, en este caso 1962, 1963 y 1964, los cuales no forman parte del estudio. En la tabla 112, se presentan los datos generados por el método de Livi-Bacci y Del Panta para el año 1942 y nos da una idea de la intensidad de la mortalidad durante dicho año. El porcentaje de desviación de 54,1% sugiere una sobremortalidad y se hace necesario indagar acerca de los factores que pudieron haber influido en ella.

Tabla 112. Intensidad de la mortalidad en Valle de la Pascua. Año 1942.

Año	Nº de defunciones	Media móvil	Diferencia	Porcentaje de desviación
1937	236	-	-	-
1938	207	-	-	-
1939	199	-	-	-
1940	284	-	-	-
1941	257	-	-	-
1942	414	268,6	145	54,1%
1943	314	-	-	-
1944	319	-	-	-
1945	272	-	-	-
1946	264	-	-	-
1947	253	-	-	-

Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Anuario Estadístico de Venezuela. Años 1940-1947. Elaboración propia.

Los datos claves de la mortalidad ocurrida en Valle de la Pascua en 1942 se presentan a continuación:

Número de defunciones certificadas: 414

Número de defunciones encontradas: 402

Mortalidad por sexo: varones: 191 (47,51%); mujeres: 211 (52,49%).

Mortalidad por edad: «Menos de un año»: 20,15%; «1-5 años»: 20,15%; «6-10 años»: 5,22%; «11-20 años»: 5,97%; «21-30 años»: 17,41%; «31-40 años»: 11,94%; «41-50 años»: 4,73%; «51 años y más»: 13,43%.

Principales causas de muerte en términos de la C.I.E.-1900: enfermedad mal definida (código 14.3): 54,22%; diarrea, enteritis y gastroenteritis (código 5.7): 9,70%; paludismo (código 1.4): 8,21%; tuberculosis pulmonar (código 1.30): 4,98%.

Distribución geográfica de la mortalidad general en el año 1942– Como se aprecia en la tabla 113, de las 402 defunciones encontradas para el año 1942, un 65,67% del total de las defunciones encontradas ocurrió en Valle de la Pascua, mientras que un 33,58% ocurrió en las zonas rurales y un 0,75% se clasificó como «No consta», al no poderse determinar el lugar de defunción.

Tabla 113. Distribución geográfica de las defunciones asentadas en el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico en el año 1942.				
Año	Valle de la Pascua	Zonas rurales	No consta	Total (%)
1942	264 (65,67%)	135 (33,58%)	3 (0,75%)	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

Mortalidad general por mes y sexo en el año 1942. En la tabla 114 se presenta la mortalidad general por mes y sexo. La mortalidad femenina acumuló el 52,49% del total defunciones, mientras que la masculina acumuló el 47,51%. Por otro lado, la mortalidad masculina acumuló sus mayores porcentajes durante los meses de mayo, junio y julio, en este caso, 12,04%, 12,04% y 10,99% respectivamente. En cuanto a la mortalidad femenina, los mayores porcentajes se registraron durante los meses de mayo, junio y noviembre, concretamente el 12,80%, 10,43% y 11,37% respectivamente.

Tabla 114. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y sexo en Valle de la Pascua. Año 1942. Porcentajes al total de cada género y al total de la mortalidad general.			
Mes	Varón	Hembra	Total Mortalidad General
Enero	7,33%	5,21%	6,22%
Febrero	5,76%	4,74%	5,22%
Marzo	7,85%	5,21%	6,47%
Abril	9,42%	9,00%	9,20%
Mayo	12,04%	12,80%	12,44%
Junio	12,04%	10,43%	11,19%
Julio	10,99%	9,95%	10,45%
Agosto	9,42%	9,48%	9,45%
Septiembre	4,71%	7,58%	6,22%
Octubre	7,33%	5,21%	6,22%
Noviembre	8,38%	11,37%	9,95%
Diciembre	4,71%	9,00%	6,97%
Total	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.			

Mortalidad general por mes y edad en el año 1942. En las tablas 115 y 116 se presenta la mortalidad general por mes y edad. Lo más sobresaliente, por grupos de edad, es lo siguiente:

- *Menos de un año* – Los mayores porcentajes al total de este grupo de edad se concentran en los meses de abril, mayo y junio, siendo mayo el mes con el más alto porcentaje (23,46%). En el mes de mayo el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) registró el mayor porcentaje del total para ese mes con un 47,37%.
- *1-5 años* – Los mayores porcentajes al total de este grupo de edad se concentran en los meses de mayo, agosto, septiembre y noviembre, siendo noviembre el mes con el más alto porcentaje (13,58%). En el mes de noviembre el código 14.3 (enfermedades mal definidas) registró el mayor porcentaje del total para ese mes con un 63,64%.
- *6-10 años*– Los mayores porcentajes al total de este grupo de edad se concentran en los meses de julio y noviembre. En estos dos meses se registró el mismo porcentaje (28,57%). En el mes de julio el código 1.4 (paludismo) registró el mayor porcentaje del total para ese mes con un 50,00%. En el mes de noviembre el código 14.3 (enfermedades mal definidas) registró el mayor porcentaje del total para ese mes con un 83,33%.
- *11-20 años* – Los mayores porcentajes al total de este grupo de edad se concentran en los meses de enero, abril, julio y agosto, siendo enero el mes con el más alto porcentaje (25,00%). En el mes de enero el código 14.3 (enfermedades mal definidas) registró el mayor porcentaje del total para ese mes con un 33,33%.

- *21-30 años*- Los mayores porcentajes al total de este grupo de edad se concentran en los meses de febrero, abril, mayo, junio, julio y octubre. En los meses de febrero y mayo se registraron los más altos e idénticos porcentajes (12,86%). En dichos meses, el código 14.3 (enfermedades mal definidas) registró el mayor porcentaje del total de defunciones con un 22,22% y 66,67% respectivamente.
- *31-40 años* - Los mayores porcentajes al total de este grupo de edad se concentran en los meses de enero, abril, junio, julio y agosto, siendo agosto el mes con el más alto porcentaje (16,67%). En el mes de agosto el código 14.3 (enfermedades mal definidas) registró el mayor porcentaje del total para ese mes con un 37,50%.
- *41-50 años* – Los mayores porcentajes al total de este grupo de edad se concentran en los meses de febrero, mayo, junio, julio y noviembre, siendo junio el mes con el más alto porcentaje (26,32%). En el mes de junio el código 14.3 (enfermedades mal definidas) registró el mayor porcentaje del total para ese mes con un 100,00%.
- *51 años y más*- Los mayores porcentajes al total de este grupo de edad se concentran en los meses de marzo, mayo, julio, noviembre y diciembre. En los meses de julio y diciembre se registraron los más altos e idénticos porcentajes (12,96%). En dichos meses, el código 14.3 (enfermedades mal definidas) registró el mayor porcentaje del total de defunciones con un 57,14% y 71,43% respectivamente.

Tabla 115. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad en Valle de la Pascua. Año 1942. Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general.					
Mes/Grupo de edad	Menos de un año	1-5 años	6-10 años	11-20 años	Total Mortalidad General
Enero	3,70%	4,94%	0,00%	25,00%	6,22%
Febrero	1,23%	2,47%	4,76%	0,00%	5,22%
Marzo	6,17%	9,88%	0,00%	0,00%	6,47%
Abril	12,35%	3,70%	0,00%	12,50%	9,20%
Mayo	23,46%	12,35%	0,00%	0,00%	12,44%
Junio	13,58%	8,64%	9,52%	8,33%	11,19%
Julio	7,41%	6,17%	28,57%	12,50%	10,45%
Agosto	7,41%	12,35%	9,52%	16,67%	9,45%
Septiembre	8,64%	12,35%	4,76%	8,33%	6,22%
Octubre	6,17%	8,64%	4,76%	4,17%	6,22%
Noviembre	7,41%	13,58%	28,57%	4,17%	9,95%
Diciembre	2,47%	4,94%	9,52%	8,33%	6,97%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

Tabla 116. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y edad en Valle de la Pascua. Año 1942. Porcentajes al total de cada grupo de edad y al total de la mortalidad general.						
Mes/Grupo de edad	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51 años y más	No consta	Total
Enero	2,86%	10,42%	5,26%	7,41%	0,00%	6,22%
Febrero	12,86%	6,25%	15,79%	1,85%	25,00%	5,22%
Marzo	2,86%	8,33%	0,00%	11,11%	25,00%	6,47%
Abril	10,00%	14,58%	0,00%	9,26%	50,00%	9,20%
Mayo	12,86%	8,33%	10,53%	11,11%	0,00%	12,44%
Junio	11,43%	10,42%	26,32%	9,26%	0,00%	11,19%
Julio	10,00%	12,50%	10,53%	12,96%	0,00%	10,45%
Agosto	7,14%	16,67%	0,00%	5,56%	0,00%	9,45%
Septiembre	4,29%	0,00%	5,26%	1,85%	0,00%	6,22%
Octubre	10,00%	0,00%	5,26%	5,56%	0,00%	6,22%
Noviembre	7,14%	4,17%	15,79%	11,11%	0,00%	9,95%
Diciembre	8,57%	8,33%	5,26%	12,96%	0,00%	6,97%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.						

Mortalidad general por mes y código específico (C.I.E.-1900) en el año 1942. En la tabla 117 se presenta la mortalidad general por mes y código específico de C.I.E.-1900 en el año 1942. El código 14.3 (enfermedad mal definida) acumuló el mayor porcentaje del total por dicho código en el mes de junio, un 14,22%, lo que apunta a causas de muerte por enfermedades gastrointestinales. Por otra parte, el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis) acumuló altos porcentajes en los meses de marzo, abril, mayo y julio, específicamente, el 12,82%, 10,26%, 46,15%, y 10,26% respectivamente. Los relativamente altos porcentajes durante los meses de marzo y abril parecieran estar fuera de lo normal y sugieren un brote temprano de enfermedades gastrointestinales. Durante el período 1893-1961, la mortalidad por el código 5.7 en los meses de marzo y abril sólo registró respectivamente el 4,93% y 6,63% del total para ese mismo código. En cuanto al código 1.4 (paludismo), el mismo acumuló altos porcentajes en los meses de abril, julio, agosto y noviembre, con un 12,12%, 27,27%, 21,21% y 15,15% del total para ese código respectivamente. Los porcentajes del código 1.4 durante los meses de abril, julio y agosto son relativamente atípicos para estos meses y sugieren una crisis palúdica de consideración. Durante el período 1893-1961, la mortalidad por el código 1.4 en los meses de abril, julio y agosto sólo registró respectivamente el 5,08%, 6,54% y 7,13% del total por ese mismo código. Por último, el código 1.30 (tuberculosis pulmonar) registró el más alto porcentaje en el mes de enero con un 15,00%, pero también registró un 10,00% del total en seis meses del año, en este caso, en los meses de febrero, abril, junio, julio, agosto y noviembre.

Tabla 117. Distribución porcentual de la mortalidad general por mes y código específico (C.I.E.-1900) en Valle de la Pascua. Año 1942. Porcentajes al total de cada código específico y al total de la mortalidad general.						
Mes/C.I.E.-1900	14.3- Enfermedad mal definida	5.7- Diarrea, enteritis y gastroenteritis	1.4- Paludismo	1.30- Tuberculosis pulmonar	Otros códigos	Total
Enero	5,05%	0,00%	6,06%	15,00%	9,78%	6,22%
Febrero	3,67%	5,13%	0,00%	10,00%	9,78%	5,22%
Marzo	6,42%	12,82%	0,00%	5,00%	6,52%	6,47%
Abril	6,88%	10,26%	12,12%	10,00%	13,04%	9,20%
Mayo	9,17%	43,58%	3,03%	5,00%	11,96%	12,69%
Junio	14,22%	7,69%	3,03%	10,00%	8,70%	10,95%
Julio	8,26%	10,26%	27,27%	10,00%	9,78%	10,45%
Agosto	11,01%	0,00%	21,21%	10,00%	5,43%	9,45%
Septiembre	5,96%	5,13%	6,06%	5,00%	7,61%	6,22%
Octubre	8,72%	2,56%	0,00%	5,00%	4,35%	6,22%
Noviembre	11,93%	2,56%	15,15%	10,00%	6,52%	9,95%
Diciembre	8,72%	0,00%	6,06%	5,00%	6,52%	6,97%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

En conclusión, la crisis de mortalidad ocurrida en Valle de la Pascua en el año 1942 parece haber sido el resultado de un brote temprano de enfermedades gastrointestinales en los meses de marzo, abril y mayo, y una alta incidencia de paludismo en los meses de abril, julio y agosto. Por otro lado, es muy probable que las enfermedades mal definidas escondieron una mortalidad por enfermedades gastrointestinales, paludismo y tuberculosis. En concluir de esta manera nos basamos en lo siguiente: en el caso de las enfermedades gastrointestinales, el patrón de mortalidad de Valle de la Pascua sugiere que estas enfermedades eran más frecuentes durante los meses de mayo, junio y julio. Al examinar el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis), resalta el hecho de que un 23,08% de las defunciones por este código ocurrió en los meses de marzo y abril, algo relativamente fuera de lo normal y no acorde con los porcentajes sobre el total del código 5.7 para esos dos meses durante el período 1893-1961. Además es notable que no se registró ninguna defunción por este código en el mes de agosto, lo cual parece poco probable.

Por otro, lado un 60,60% de la mortalidad por el código 1.4 (paludismo) ocurrió en los meses de abril, julio y agosto, lo cual también pareciera estar fuera de lo normal, sobre todo si toma en consideración que este porcentaje no concuerda con el porcentaje (18,75%) para ese mismo código para esos tres meses durante el período 1893-1961. Además es notable que no se registró ninguna defunción por el código 1.4 en el mes de octubre, el cual registró la más alta mortalidad por paludismo durante el período 1893-1961, en este caso, 17,56% del total para dicho código. La mortalidad por paludismo para este mes podría estar oculta en las cifras de las enfermedades mal definidas, las cuales como ya se visto acumularon el 54,22% de la mortalidad general en 1942. Al analizar la distribución de las

enfermedades mal definidas por la edad, no encontramos que un 15,60% del total del código 14.3 ocurrió en el grupo de edad «Menos de un año», un 17,89% en el grupo de edad «1-5 años», un 16,06% en el grupo de edad «21-30 años» y por último un 13,30% en grupo de edad «31-40 años». Como se ha visto de antemano, los dos primeros grupos de edad fueron afectados grandemente por el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis), mientras que los dos últimos por los códigos 1.30 (tuberculosis pulmonar) y 1.4 (paludismo).

Expandiendo más sobre el posible papel de las enfermedades mal definidas en la mortalidad general del año 1942, al sumarse la mortalidad por este código en los meses de mayo, junio, julio y agosto, la misma representa el 42,66% del total, lo cual parece sugerir que este código estaba ocultando un significativo número de defunciones «normales» por el código 5.7 (diarrea, enteritis y gastroenteritis), en particular, en los meses de junio, julio y agosto, meses que en conjunto sólo aportaron el 17,95% de la mortalidad por dicho código. Por igual, al sumarse la mortalidad por el código 14.3 para los meses de octubre y noviembre, la misma representa el 20,65%, lo que sugiere que aquí pudiera ocultarse un gran número de defunciones por paludismo, dado que para esos dos meses, el código 1.4 (paludismo) sólo registró un 15,15% del total. Por último, es muy probable que el código 14.3 también esconda defunciones por el código 1.30 (tuberculosis pulmonar), por cuanto la mortalidad por tuberculosis pulmonar estuvo diseminada por todo el año presentando, como ya se ha visto, idénticos porcentajes de 10,00% del total de la mortalidad por dicho código para seis meses del año y también idénticos porcentajes de 5,00% del total para cinco meses del año.

5.10. La evolución de las expresiones diagnósticas de la causa de muerte

A medida que los conocimientos médicos han evolucionado a través del tiempo y términos más específicos y sofisticados han entrado en vigencia, necesariamente dichos términos han llegado a formar parte de la vasta gama de expresiones diagnósticas utilizadas por los médicos para describir lo que a juicio de ellos constituyó la causa de muerte en determinados casos. Obviamente la formación médica del facultativo y la época en que vivió influye en las expresiones diagnósticas de causas de muerte utilizadas. Por otra parte, como ya se ha visto, en el caso de Venezuela la medicina estuvo altamente influenciada por la medicina europea desde los tiempos coloniales. Por lo tanto, es de esperarse que los criterios de procedencia europea tengan su debida representación en las expresiones diagnósticas de causa de muerte que surjan de este estudio.

El análisis de las expresiones diagnósticas no es tarea fácil y acarrea una serie de dificultades que el epidemiólogo histórico debe afrontar. Según Bernabeu Mestre, además de la difícil interpretación diacrónica de las enfermedades, también se plantean dos problemas básicos: por un lado, la complejidad semántica que conlleva el que una misma causa pueda aparecer bajo expresiones diagnósticas diferentes, y la deficiente calidad diagnóstica que se oculta detrás de muchas de estas supuestas causas de muerte. Además, hay que tener presente la limitada capacidad informativa de muchas de las expresiones de causa de muerte a la hora de establecer una relación con los factores determinantes de los problemas de salud o episodios de enfermedad en determinadas poblaciones (Bernabeu Mestre, 1994:66).

En la Venezuela de la segunda parte del siglo XIX, los problemas asociados con los diagnósticos de defunción fueron traídos a la luz por algunos estudiosos de la demografía y geografía médica. Rafael Villavicencio, por ejemplo, criticaba lo vago de los diagnósticos de defunción y uso de palabras no conocidas en la patología, y citaba una multitud de ejemplos para justificar sus críticas. Los siguientes diagnósticos se citan como ejemplos: Afección cerebral, Afección orgánica, Afección cancerosa, Afección orgánica del estómago, Afección intestinal, Afección pulmonar, Afección nerviosa, Aneurisma, Afección crónica, Apoplejía, Ataque de la orina, Atrofia, Constipado, De una caída, De una herida, Derrame interno, Diátesis, Disentería por aborto, Estrechez congénita, Fiebre, Gangrena, Hemorragia, Hidropesía, Inflamación, Lesión del sistema circulatorio, Lesión orgánica congénita, Lesión tuberculosas, Obstrucción, Opresión del corazón, Osificación, Parálisis, Pujos, Reblandecimiento, Vómitos (Villavicencio, 1877:135-136).

5.10.1 Ordenación alfabética, uso y desuso de las expresiones diagnósticas de causa de muerte

Para llevar a cabo nuestro análisis y cumplir con los propósitos de esta tesis doctoral, nos adherimos a las líneas de trabajo de Barona (1993) para formular grupos de expresiones diagnósticas, según las distintas tendencias nosológicas. Según Barona, las distintas tendencias nosológicas son las siguientes: criterios antiguos de clasificación, sistemas transicionales del siglo XVIII, criterios anatomoclínicos, criterios fisiopatológicos y criterios etopatogénicos. Las expresiones diagnósticas fueron extraídas de las partidas de defunción del período 1893-1961. Todos los años de este período para los que se encontraron partidas de defunción fueron incluidos en este análisis, incluso aquellos años incompletos. Las expresiones diagnósticas se tomaron literalmente de las partidas de defunción, incluso aquellas con errores ortográficos. A estas últimas se les agregó el término *sic* entre paréntesis. Las expresiones diagnósticas se separaron de acuerdo a su

significado completo. Por ejemplo, la expresión diagnósticas *fiebre*, *fiebre palúdica* y *fiebre maligna* se consideraron expresiones distintas y por lo tanto se mantuvieron separadas. Siguiendo estas simples reglas, se elaboró una **Ordenación Alfabética de las Expresiones Diagnóstica**. Dicha ordenación incluye la expresión diagnóstica, el número de veces que la expresión fue utilizada y el primer y último año de su uso. Los procedimientos utilizados en el análisis de las expresiones diagnósticas son muy similares a los utilizados por Izquierdo Carrasco en su tesis doctoral *La mortalidad en Cabra durante la Restauración (1875-1924)* (Izquierdo Carrasco, 2002:327-331). El estudio de la causa de muerte en las partidas de defunción arrojó un total de 1.663 diagnósticos distintos. En términos de los criterios expuestos por Barona, lo más sobresaliente del análisis de las expresiones diagnósticas encontradas en las partidas de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, sigue a continuación:

Criterios antiguos de clasificación- Alferecía (4:1899), Cólico (3:1899-1906), Cólico hepático (7:1914-1929), Cólico intestinal (10:1907-1920), Cólico miserere (2:1916), Fiebre convulsiva (1:1905), Fiebre larga (1:1925), Fiebre maligna (1:1905), Tabes dorsal (1:1920), Tisis (53:1893-1901), Tisis intestinal (1:1909), Tisis laríngea (1:1913), Tisis pulmonar (9:1901-1908).

Sistemas transicionales del siglo XVIII- Caquexia (145:1911-1961), Fiebre (112:1893-1955), Hepatoesplenomegalia (1:1949), Hepatomegalia glicogénica (1:1942), Neurosis (1:1912), Renco flegmasía (1:1915).

Criterios anatomoclínicos – Afección al corazón (1:1899), Afección al hígado (4:1899-1906), Afección aórtica (1:1945), Afección cardíaca (2:1906), Afección crónica valvular (1:1946), Afección de la matriz (1:1905), Afección del corazón (2:1907-1926), Afección gastro-intestinal (1:1905), Afección orgánica del corazón (1:1918), Afección puerperal (1:1907), Afecciones de los huesos (1:1918), Afecciones orgánicas del corazón (1:1919), (Arterioesclerosis (32:1905-1944), Arterio esclerosis generalizada (4:1906-1912), Estenosis de la uretra (1:1945), Estenosis esofágica (1:1953), Estenosis del píloro (1:1960), Hipertrofia de la próstata (2:1937-1945), Lesiones durante el nacimiento (1:1947), Lesión orgánica (2:1929), Lesiones de la médula espinal (1:1945), Lesiones intracraneanas de origen vascular (1:1945), Úlcera (2:1909-1919), Úlcera cancerosa (1:1937), Úlcera del estómago (1:1911), Úlcera en un pecho (1:1954), Úlcera fagedémica (1:1937), Úlcera gástrica (1:1955), Úlcera recluida en el estómago (1:1923), Úlcera tropical (1:1952), Úlcera varicosa (1:1914).

Criterios fisiopatológicos – Accidente del parto (1:1911), Albuminuria y...(1:1928), Albuminuria gravídica (3:1911-1913), Asistolia (3:1935-1950), Asistolia aguda (2:1909-1941), Atrofia (1:1908), Atrofia amarilla (2:1955), Atrofia biliosa (1:1905), Atrofia cerebral (1:1908), Atrofia hepática (1:1908), Atrofia muscular progresiva (2:1905-1914), Diabetes (5:1925-1956), Diabetes antigua (1:1946), Diabetes sacarina (3:1937-1946), Hemiplejia (16:1935-1961), Hemiplejia alterna (1:1958), Insuficiencia (1:1935), Insuficiencia aguda del corazón (1:1958), Insuficiencia aórtica (26:1906-1945), Insuficiencia cardíaca (99:1915-1961), Insuficiencia cardíaca aguda (15:1950-1961), Insuficiencia cardíaca congestiva (26:1950-1961), Insuficiencia cardíaca global (6:1949-1961), Insuficiencia cardio respiratoria (5:1951-1960), Insuficiencia cardiorenal (3:1956-1961), Insuficiencia mitral (122:1905-1953), Insuficiencia palustre (1:1922), Insuficiencia renal (1:1926), Uremia (15:1949-1961), Uremia crónica (1:1957), Uremia por retención de orina (1:1953).

Criterios etiopatogénicos –Angina estreptocócica (2:1943-1945), Septicemia estreptocócica (1:1925), Miocarditis Chagásica (1:1959), Cáncer gástrico (2:1951-1960), Endocarditis infecciosa (1:1926), Enteritis infecciosa (4:1912-1913), Estomatitis infecciosa (1:1907), Fiebre infecciosa (2:1911), Gastro-enteritis infecciosa (14:1912-1926), Hepatitis infecciosa (1:1956), Metritis infecciosa (1:1905), Miocarditis infecciosa (3:1909-1912).

El análisis de las expresiones diagnósticas encontradas en los libros de defunción del Registro Civil de Distrito Infante, Estado Guárico, para el período 1893-1961, revela que muchas expresiones experimentaron un desuso total y fueron reemplazadas por otras. Al mismo tiempo, un gran número de expresiones diagnósticas pervivieron en el tiempo, no obstante la marcada evolución de los conocimientos médicos. A continuación se presenta lo más sobresaliente del análisis sobre desuso, pervivencia y la aparición de nuevas expresiones:

Notables expresiones diagnósticas en desuso – Expresiones como *albuminuria*, *alferecía*, *colerina*, *cólico*, *congestión cerebral*, *consunción*, *geofagia*, *hidropesía*, *infección intestinal*, *mocezuero*, *neurosis*, *tisis*, *afección de..* experimentaron un desuso prácticamente total. Es notable el caso de la *tisis*, expresión cuyo uso desaparece en la segunda década del siglo XX, siendo reemplazada por la expresión *tuberculosis* en todas sus formas, a saber, *tuberculosis general*, *tuberculosis pulmonar*, *tuberculosis laríngea*, *tuberculosis intestinal* etc. También es notable el caso de la expresión diagnóstica *infección intestinal*, la cual estuvo en vigencia hasta finales de los años treinta y fue eventualmente reemplazada por expresiones, si se quiere más precisas, como *diarrea*, *enteritis*, *enteritis aguda*, *enteritis crónica* y *gastroenteritis*.

Expresiones diagnósticas de pervivencia – Si es cierto que como ya se ha visto, muchas expresiones diagnósticas cayeron en desuso, también es cierto que un buen número de expresiones diagnósticas, de una manera u otra, sobrevivieron el avance de los conocimientos médicos y todavía a finales del período estudiado seguían en vigencia. Sobresalen entre estas expresiones *fiebre*, *caquexia*, *insuficiencia...*, *muerte súbita* y *senilidad*. La expresión diagnóstica *fiebre* nunca fue abandonada por los médicos vallepasquenses y como ya se mencionó anteriormente, el término aparece en las partidas de defunción tanto a principios del período (1893) como a finales del mismo (1955). La expresión diagnóstica *caquexia* también demostró ser muy duradera apareciendo por primera vez en 1911 y por última vez en 1960, y siendo usada por lo menos 145 veces. Tal vez una de las razones por las cuales esta expresión diagnóstica tuvo un uso continuado es la relación que el término guarda con varias enfermedades de gran peso en la mortalidad general de Valle de la Pascua, siendo digno mencionar el *cáncer* (*caquexia cancerosa*), el *paludismo* (*caquexia palúdica*) y la *tuberculosis* (*caquexia por T.B.C. o tuberculosis*). En el caso de las expresiones diagnósticas *muerte súbita* y *senilidad*, ambas presentan gran imprecisión desde un punto de vista médico, pero aun así pervivieron a lo largo del período, quizás como resultado de la desidia por parte de algunos médicos y/o la falta de asistencia médica tanto en Valle de la Pascua como en las zonas rurales.

Nuevas expresiones diagnósticas – Vale la pena mencionar la aparición de nuevas expresiones diagnósticas. Se destacan entre éstas, *mortinato*, *prematuridad*, *debilidad congénita* y *desequilibrio hidroelectrolítico*. Las tres primeras expresiones diagnósticas están relacionadas con la mortalidad infantil, área de la salud pública a la que el gobierno venezolano dedicó más recursos a partir de 1936, sobre todo en lo relacionado al cuidado médico de la madre y el registro de nacimientos y defunciones de los menores de un año. El *desequilibrio hidroelectrolítico*, expresión diagnóstica que aparece en 1960, se relaciona con las enfermedades gastrointestinales y representa un mejor entendimiento de las consecuencias de estas enfermedades.

En resumen, durante el período 1893-1961, las expresiones diagnósticas que aparecen en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, experimentaron significativos cambios, los cuales, se puede argumentar, ocurrieron en parte debido a los avances en los conocimientos médicos, la naturaleza e incidencia de las enfermedades responsables por el grueso de las defunciones y la acción gubernamental en materia de salud pública. Al mismo tiempo, debe resaltarse que algunas expresiones diagnósticas de causa de muerte no experimentaron significativos cambios, lo cual podría ser función del nivel de asistencia médica y en algunos caso simplemente desidia.

5.11. La transición epidemiológica en Valle de la Pascua

Al analizar la transición epidemiológica que se gestó en Valle de la Pascua nos enfocamos en los años en que pudo haber habido un cambio en el patrón de mortalidad por enfermedades infecciosas a enfermedades degenerativas y causadas por el hombre, en particular las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En su *Teoría de la Transición Epidemiológica*, Omran específicamente nombra a estas dos enfermedades como parte integral de una transición epidemiológica (Omran, 1971:738). En llevar a cabo este análisis se llevará cuenta de los porcentajes de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer a lo largo del período 1893-1961, utilizando la Clasificación Modificada de McKeown, dado su mejor carácter agregativo. También se toma en consideración los grupos de edad favorecidos, es decir, aquellos grupos de edad que experimentaron significativos descensos en las cifras de mortalidad. Por último, se hace una comparación entre Valle de la Pascua y toda Venezuela para determinar si hubo o no semejanzas en las respectivas transiciones epidemiológicas que pudieron haber ocurrido.

Cabe destacar que en algunos estudios realizados en España, se ha puesto a prueba la *Teoría de la Transición Epidemiológica*. A manera de ejemplo, en un estudio de la mortalidad en la comunidad catalana de Sant Pere de Riudebitlles durante el período 1880-1935 se encontró que el final de la segunda y la entrada de la tercera etapa de la Transición Epidemiológica se sitúa alrededor de 1910-1919, cuando las enfermedades que afectaban principalmente a los niños y niñas menores de cinco años, fueron sustituidas por otras enfermedades que afectaban a hombres y mujeres mayores de 50 años (Torrents, 1996:198). En otro estudio de la mortalidad en Los Santos de Maimona (Badajoz), Extremadura, los resultados revelan que la Transición Epidemiológica en este pueblo comenzó alrededor de 1900 y culminó a finales de la década de 1960, aunque durante ese lapso hubo altibajos en la mortalidad debido principalmente a la pandemia de gripe de 1918-1920 y a la Guerra Civil Española en los años 1937 y 1941 (Pineda Núñez, 2003:114).

5.11.1. Años de transición

En el caso de Valle de la Pascua, al hablar sobre una transición epidemiológica y los años en los que dicho proceso se empezó a gestar, es decir, los años cuando la mortalidad general por enfermedades infecciosas empezó a decaer y empezó a ceder terreno a las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre, se puede citar el año 1948 como el comienzo de este proceso. A manera de introducción y como se aprecia en la tabla 118, en dicho año y de acuerdo a los datos provenientes de las partidas de defunción, la mortalidad por

enfermedades infecciosas acaparó un 24,74% del total para ese año, mientras que en el caso de la mortalidad por causas de muerte no infecciosas, el porcentaje del total fue 25,26%. Por supuesto, el panorama epidemiológico para ese año no es definitivo debido a la presencia de un muy alto porcentaje de enfermedades mal definidas, específicamente un 50,00%. No sería hasta 1951 cuando el porcentaje de la mortalidad por causas de muerte no infecciosas excede holgadamente al porcentaje de defunciones por enfermedades infecciosas, en este caso 58,99 versus 25,18%, evento que ocurrió en gran parte debido a la elevadísima mortalidad infantil durante ese año, en particular la mortalidad perinatal y neonatal, cuyas causas de muerte tienden a ser generalmente de naturaleza no infecciosa, siendo el tétanos infantil una notable excepción. La tendencia a dominar por parte de las causas de muerte no infecciosas continuó durante los dos años siguientes. Sin embargo, en los años 1954 y 1955, las enfermedades infecciosas volvieron a tomar la delantera al acumular el 53,42% y 49,76% del total de defunciones respectivamente. Las causas de muerte no infecciosas, por otro lado, registraron el 41,03% y 46,38% del total de defunciones respectivamente. Cabe destacar que ya para entonces, las enfermedades mal definidas dejan de jugar un papel significativo en la composición de la mortalidad general en Valle de la Pascua. No sería hasta 1956, cuando la mortalidad por causas de muerte no infecciosas retoma la delantera y mantienen el primer puesto los años siguientes y hasta 1961. En 1956 la mortalidad por causas de muerte no infecciosas acaparó el 54,02% del total de defunciones, mientras que la mortalidad por enfermedades infecciosas y la mortalidad por enfermedades mal definidas acapararon el 39,66% y 6,32% del total respectivamente.

Tabla 118. Distribución porcentual de la mortalidad general en Valle de la Pascua por grandes grupos de causas. Lapso 1948-1961. Porcentajes al total de la mortalidad general para cada año.				
Año	Mortalidad por enfermedades infecciosas	Mortalidad por causas de muerte no infecciosas	Mortalidad por causas de muerte mal definidas	Total mortalidad general
1948	24,74%	25,26%	50,00%	100,00%
1950	34,24%	30,43%	35,33%	100,00%
1951	25,18%	58,99%	15,83%	100,00%
1952	37,55%	59,92%	2,53%	100,00%
1953	44,35%	46,52%	9,13%	100,00%
1954	53,42%	41,03%	5,56%	100,00%
1955	49,76%	46,38%	3,86%	100,00%
1956	39,66%	54,02%	6,32%	100,00%
1957	40,14%	51,06%	8,80%	100,00%
1958	32,38%	59,79%	7,83%	100,00%
1959	31,30%	57,39%	11,30%	100,00%
1960	28,90%	64,94%	6,17%	100,00%
1961	30,28%	63,03%	6,69%	100,00%
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.				

Dado lo expuesto en relación a la dinámica entre las causas de muerte por enfermedades infecciosas, por causas no infecciosas y por causas mal definidas, nos adentramos en describir la trayectoria de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer durante el período 1893-1961, el principal foco de atención para los efectos de esta tesis doctoral, a fin de determinar la magnitud de la transición epidemiológica que se estaba gestando en Valle de la Pascua.

En la tabla 119 se presentan las frecuencias y porcentajes de las enfermedades cardiovasculares y cáncer a lo largo del período 1893-1961, usando el criterio de la C.M.M. Para los efectos de nuestro análisis, se establecen dos lapsos temporales, a saber, 1893-1935, 1937-1947, e individualmente todos los años comprendidos entre 1948 y 1961, exceptuando 1949 por carecer de datos completos. Como se aprecia en dicha tabla, durante el período 1893-1935, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer apenas registraron un 4,26% y 0,49% del total de la mortalidad general respectivamente. Estos bajísimos porcentajes probablemente se deben a una combinación de varios factores, entre los que figuran la falta de un diagnóstico preciso dado el estado de los conocimientos médicos del período en cuestión. También figuran los altos porcentajes de causas de muerte por enfermedades mal definidas, lo que podría ocultar muchas muertes por enfermedades cardiovasculares y/o cáncer. Por último, dado el desarrollo socioeconómico de Valle de la Pascua y la presencia de una población urbana y rural apenas subsistiendo y con una

alimentación muy básica, es posible que esto repercutió irónica y positivamente en prevenir enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Por otro lado, durante el lapso 1937-1947, en conjunto los porcentajes de enfermedades cardiovasculares y cáncer no alcanzan el 5,00%. A estas alturas, se podrían citar las mismas razones dadas para el período anterior en tratar de explicar los bajos porcentajes, aunque hay que tener en cuenta que durante este lapso la ciencia médica estaba más avanzada y los diagnósticos médicos respecto a estas enfermedades probablemente habían mejorado significativamente.

Durante los años que siguen, comenzando en el 1948 y hasta 1961, tanto las enfermedades cardiovasculares como el cáncer muestran notables incrementos en los porcentajes de la mortalidad general. Como se indicó anteriormente, este período se puede considerar como el período donde realmente se empezó a gestar la transición epidemiológica en Valle de la Pascua. Por un lado, las enfermedades cardiovasculares alcanzaron un máximo porcentaje en 1961 de 13,38%, y por otro, el cáncer alcanzó un máximo de 8,62% en 1956. Aun así, en conjunto este grupo de enfermedades sólo alcanzó, durante el lapso 1948-1961, un máximo porcentaje de 21,84%, específicamente en el año 1956. Para 1961, en conjunto las enfermedades cardiovasculares y el cáncer acumulaban el 17,96% de la mortalidad general. Al compararse este porcentaje con el 30,28% acumulado por las enfermedades infecciosas para ese mismo año, queda claro que las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre todavía no dominaban el perfil epidemiológico de Valle de la Pascua, lo que concuerda con lo expuesto por Omran, quien aseveraba en 1971, que los países en vías de desarrollo, entre los que se incluía Venezuela, todavía no habían culminado su transición epidemiológica (Omran, 1971:736). En definitiva, al igual que Venezuela entre más o menos 1845 y 1945, Valle de la Pascua se encontraba en la **Fase 2** (Edad de las pandemias retraídas) de la transición epidemiológica. Una vez erradicado el paludismo, alrededor de 1950, Valle de la Pascua gradualmente entró a la **Fase 3** (Edad de las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre).

Tabla 119. Distribución de las frecuencias y porcentajes de las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer según la C.M.M. Período 1893-1961. Porcentajes al total de la mortalidad general.					
Año	Enfermedades del sistema circulatorio		Cáncer y tumores		Total mortalidad general
	N° de defunciones	%	N° de defunciones	%	
1893-1935	217	4,26%	25	0,49%	5.099
1937-1947	74	3,09%	26	1,09%	2.395
1948	14	7,37%	3	1,58%	190
1950	10	5,43%	2	1,09%	184
1951	26	9,35%	3	1,08%	278
1952	29	12,24%	6	2,53%	237
1953	18	7,83%	8	3,48%	230
1954	30	12,82%	7	2,99%	234
1955	19	9,18%	12	5,80%	207
1956	23	13,22%	15	8,62%	174
1957	22	7,75%	11	3,87%	284
1958	25	8,90%	24	8,54%	281
1959	23	6,67%	25	7,25%	345
1960	24	7,79%	19	6,17%	308
1961	38	13,38%	13	4,58%	284
Total	592		199		10.730
Fuente: Libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.					

5.11.2. Grupos de edad favorecidos

Como se mencionó anteriormente, por grupos de edad favorecidos se entiende aquellos grupos de edad que experimentaron el mayor descenso en los porcentajes de mortalidad general durante el período de transición. Dado su valor descriptivo, se presentan los cambios en los grupos de edad a partir de 1888, el primer año del estudio en el que se detecta una edad numérica. Como se mencionó en el MARCO TEÓRICO, según Omran todos los grupos de edad se benefician durante una transición epidemiológica. Sin embargo, el grupo de edad «1-4 años» es el más favorecido. No obstante, Omran advierte que el comienzo de este proceso varía de país en país, llegando más temprano en unos que en otros, siendo muy probable que los beneficios del cambio en el patrón de mortalidad llegaría más tarde a los países en vías de desarrollo. En su análisis, Omran cita a Chile como un ejemplo de los países en vías de desarrollo (Omran, 1971:741-742).

En la tabla 120 se presenta la distribución porcentual de la mortalidad general por edad a lo largo del período 1888-1961. A manera de simplificación y para percibir mejor los cambios y tendencias, los grupos de edad se combinaron, lo que dio como resultado cuatro grupos principales de edad, a saber: 0 años, 1-20 años, 21-50 años y 51 años y más. Por otro lado, el largo del período 1888-1961 se dividió en seis lapsos temporales, en este caso, 1888-

1900, 1901-1915, 1916-1935, 1937-1947, 1948-1955 y 1956-1961. Al examinarse los datos emanados de las partidas de defunción, los resultados no parecen concordar con la propuesta teórica de Omran, dado que los grupos de edad más jóvenes, en este caso «0 años» y «1-20 años», no fueron precisamente los más beneficiados. De hecho, el grupo de edad «21-50 años» fue el más favorecido. Entre 1916 y 1935, por ejemplo, este grupo de edad acumuló el mayor porcentaje del total de defunciones, específicamente 47,08%. Este fue el mayor porcentaje acumulado en todos los grupos de edad entre 1888 y 1961. Sin embargo, a partir del lapso 1937-1947, los porcentajes de este grupo de edad comienzan a disminuir significativamente, bajando a un 39,16% durante este lapso y hasta llegar a un 21,30% en el lapso 1956-1961. Al grupo de edad «21-50 años», le sigue el grupo de edad «1-20 años», el cual también registró un significativo descenso en los porcentajes del total de la mortalidad general, aunque el menor grado que el primero. Según la propuesta teórica de Omran, este grupo de edad, junto con el grupo de edad «0 años», debería haber sido el más beneficiado. Concretamente, este grupo de edad registró su más alto porcentaje durante el lapso 1901-1915, un 29,82% del total, pero fue disminuyendo paulatinamente hasta llegar a un 15,57% durante el lapso 1956-1961. La razón principal de la caída de la mortalidad en estos grupos de edad fue la eventual erradicación del paludismo. Durante el período 1893-1935, el paludismo fue responsable de un 25,57%, y 15,00% del total de defunciones en los grupos de edad «1-20 años» y «21-50 años» respectivamente, mientras que durante el período 1937-1961, esta enfermedad sólo fue responsable del 5,00% y 2,70% del total de defunciones para esos mismos grupos de edad respectivamente.

Inversamente, los grupos de edad «0 años» y «51 años y más» fueron los menos favorecidos. Aunque el grupo de edad «0 años» registró un respetable 16,96% del total de la mortalidad durante el lapso 1888-1900, los porcentajes bajaron notablemente durante los lapsos 1901-1915 y 1916-1935, donde sólo registraron un 11,13% y 11,73% del total de la mortalidad respectivamente. Esto es indudablemente producto de un subregistro, sobre el cual ya hemos hablado y nos obliga a tomar mucha cautela al realizar comparaciones con los porcentajes en los lapsos posteriores, los cuales, como se verá fueron mucho más altos. Durante el lapso 1937-1947, este grupo de edad registró un ligero incremento, acumulando un 16,96% del total de la mortalidad, luego disparándose durante los lapsos 1948-1955 y 1956-1961, donde registró un 31,99% y 39,38% del total de la mortalidad general. Aquí indudablemente están en juego las mejoras en el asentamiento de las defunciones de los menores de una año que, junto con diagnósticos de causa de muerte más precisos, trajo a la luz el problema de la mortalidad por patología perinatal, en particular en la edad perinatal (0-6 días). Además, el vertiginoso crecimiento demográfico experimentado por Valle de la

Pascua entre 1941 y 1961 ciertamente jugó un papel en el incremento de la mortalidad infantil.

En lo que se refiere al grupo de edad «51 años y más», el mismo registró modestos porcentajes durante los lapsos 1888-1900, 1901-1915, 1916-1935 y 1937-1947, oscilando entre el 12,08% y 14,81%. No sería hasta el lapso 1948-1955 cuando este grupo de edad experimenta un significativo incremento, registrando durante ese lapso un 19,04% de la mortalidad general y finalmente alcanzando un 22,55% durante el lapso 1956-1961. En relación a este grupo de edad, definitivamente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer jugaron un papel significativo en el incremento de sus porcentajes, siendo estas enfermedades responsables respectivamente de un 13,97% y 2,04% del total de la mortalidad para este grupo de edad durante el período 1893-1935, mientras que en el período 1937-1961, estos porcentajes ascendieron a un 17,46% y 10,81% respectivamente. Es de esperarse que dichos porcentajes continuaron ascendiendo a medida que la transición epidemiológica tomaba su esperado curso, tanto en Valle de la Pascua como en toda Venezuela. Como antes mencionado, para 1980 las enfermedades cardiovasculares y el cáncer fueron responsables de más o menos el 32,00% de todas las defunciones en Venezuela, ocupando en conjunto el primer lugar como causa de muerte en el país.

Tabla 120. Distribución porcentual de la mortalidad general por edad en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961. Expresado en porcentajes al total de la mortalidad general de cada lapso temporal.						
Grupo de edad/Lapso	1888-1900	1901-1915	1916-1935	1937-1947	1948-1955	1956-1961
0 años	16,96%	11,13%	11,73%	16,95%	31,99%	39,38%
1-20 años	27,59%	29,82%	28,51%	27,31%	19,36%	15,57%
21-50 años	35,06%	44,42%	47,08%	39,16%	28,53%	21,30%
51 años y más	14,81%	13,00%	12,08%	13,90%	19,04%	22,55%
No consta	5,57%	1,63%	0,59%	2,67%	1,09%	1,19%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.						

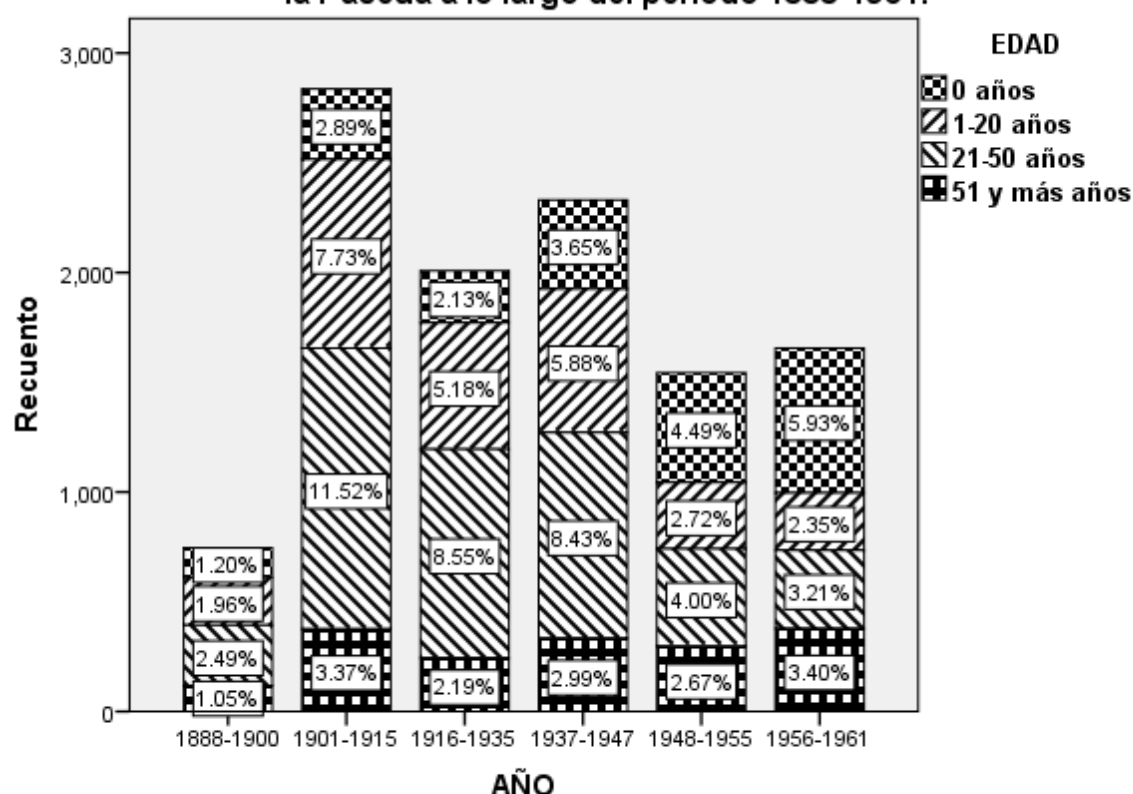
A fin de robustecer aún más nuestro análisis de los grupos de edad favorecidos, también examinamos específicamente el grupo de edad «1-4 años», el cual es mencionado por Omran como el más favorecido durante una transición epidemiológica. Aunque ya sabemos que no fue el más favorecido, conviene resaltar los cambios y tendencias de este grupo de edad a lo largo del período 1888-1961. Como se aprecia en la tabla 121, el grupo de edad «1-4 años» registró casi idénticos porcentajes del total de la mortalidad general durante los lapsos 1888-1900 y 1901-1915, 12,99% y 12,26% respectivamente. Durante los lapsos que

siguen, este grupo de edad mostró notables altibajos, registrando un 9,66% en el lapso 1916-1935, un 15,06% en el lapso 1937-1947, un 9,33% en el lapso 1948-1955, finalmente mostrando un leve descenso en el lapso 1956-1961 al registrar un 9,00% de la mortalidad general de dicho lapso. En el análisis final, el hecho de que el grupo de edad «1-4 años» no fue el más favorecido entre 1948 y 1961 se debió en gran parte a la alta incidencia de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, las cuales, en conjunto, causaron alrededor del 40,00% de las defunciones en ese grupo de edad durante ese período. Los resultados obtenidos para el grupo de edad 1-4 años no son nada sorprendentes. Es bastante probable que un marcado descenso de la mortalidad para este grupo de edad no llegaría sino hasta más tarde, dado que Venezuela era a la sazón un país en vías de desarrollo y la transición epidemiológica se encontraba mayormente en un proceso de gestación.

Tabla 121. Distribución porcentual de la mortalidad general en el grupo de edad 1-4 años en Valle de la Pascua a lo largo del período 1888-1961. Expresado en porcentajes al total de la mortalidad general de cada lapso temporal.						
Grupo de edad/Lapso	1888-1900	1901-1915	1916-1935	1937-1947	1948-1955	1956-1961
1-4 años	12,99%	12,26%	9,66%	15,06%	9,33%	9,00%
Fuente: Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.						

Por último, en el gráfico 41 se puede también apreciar la distribución porcentual de la mortalidad general por edad a lo largo del período 1888-1961. En este caso, los porcentajes vienen expresados al total de la mortalidad general para el período 1893-1961. Por un lado, los grupos de edad «1-20 años» y «21-50 años» registraron descensos notables, sobre todo a partir del lapso 1937-1947. Durante este lapso, los porcentajes del total de la mortalidad por edad para estos dos grupos de edad eran de 5,88% y 8,43% respectivamente. Durante el lapso 1956-1961, dichos porcentajes se redujeron a 2,35% y 3,21% respectivamente, lo que representa un descenso porcentual del 60,03% y 61,92%. Al mismo tiempo, también se perciben en este gráfico los incrementos experimentados por los grupos de edad «0 años» y «51 años y más». Durante el lapso 1937-1947, estos dos grupos de edad registraron el 3,65% y 2,99% del total de la mortalidad general por edad. Para el lapso 1956-1961, dichos porcentajes habían ascendido a 5,93% y 3,40%, lo que representa un incremento porcentual del 62,47% y 13,71%.

Gráfico 41. Distribución porcentual de la mortalidad general por edad en Valle de la Pascua a lo largo del periodo 1888-1961.



Libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua y los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico. Elaboración propia.

5.11.3. Comparación a la Venezuela entera

El proceso que ocurrió en Valle de la Pascua en relación a la transición epidemiológica no es muy distinto al ocurrido en toda Venezuela, aunque como se vio en el MARCO HISTÓRICO, la gestación de una transición epidemiológica probablemente ocurrió primero en toda Venezuela, a juzgar por las relativas altas tasas de mortalidad de las enfermedades del corazón y el cáncer a partir del 1936, y el incremento de más o menos 6,00% a 10,00% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre 1939 y 1949. Sin embargo, los altos porcentajes para toda Venezuela de las enfermedades mal definidas oscurecen mucho el panorama epidemiológico y no permiten un análisis definitivo. Por otra parte, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer para toda Venezuela en 1961 sólo alcanzó un 15,72% del total de la mortalidad general, lo cual indica que al igual que en Valle de la Pascua, en Venezuela estas enfermedades todavía no eran las dominantes dentro del perfil epidemiológico del país. Por último, en lo que se refiere a los grupos de edad favorecidos, lo ocurrido en Valle de la Pascua se asemeja grandemente a lo ocurrido en toda Venezuela. Específicamente, aunque la comparación no es exacta, para 1961 el grupo de edad más favorecido en toda Venezuela era el comprendido entre 20 y 40 años. Le seguían

el grupo de 5 a 19 años, el de 1 a 4 años y por último el de 50 años y más (Arreaza Guzmán, 1961:85-88). Esto parece indicar que los grupos de edad que presentaban los menores porcentajes de la mortalidad general para 1961 eran prácticamente los mismos tanto en Valle de la Pascua como en Venezuela, aunque estos resultados no concuerdan con la propuesta teórica de Omran, lo que sugiere, una vez más, una incipiente transición epidemiológica.

En síntesis, al hablarse de una la transición epidemiológica tanto en Vale de la Pascua como en Venezuela, dicho proceso tiene que considerarse como inacabado, por la sencilla razón de que en Valle de la Pascua como en toda Venezuela todavía en 1961, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, en conjunto, no dominaban el perfil epidemiológico, acumulando sólo un 17,96% y 15,72% del total de la mortalidad general respectivamente. A esto hay que agregar el patrón de mortalidad en los grupos de edad más jóvenes, el cual todavía no se adhería a la propuesta teórica de Omran, ya que estos grupos de edad continuaban presentando muy altos porcentajes de mortalidad, en particular el grupo de edad «0 años». Este último grupo de edad representa la mortalidad infantil, la cual, a pesar de los grandes logros del Ministerio de Sanidad y Asistencial Social, todavía en 1961 exhibía tasas de mortalidad muy elevadas, arrojando un 55,82 por mil en Valle de la Pascua y alrededor de 65,70 por mil en toda Venezuela.

6. CONCLUSIÓN

A fin de aportar una pequeña pero significativa contribución a la literatura sobre la epidemiología histórica en Venezuela, esta tesis doctoral tuvo tres objetivos fundamentales: Primero, determinar cuál fue el patrón de la mortalidad general e infantil en Valle de la Pascua, Estado Guárico, durante el largo período 1845-1961, en términos de las variables sexo, edad y causa de muerte. También se incluyó dentro de este objetivo un análisis de la estacionalidad e intensidad de la mortalidad general en Valle de la Pascua. Segundo, determinar si en Valle de la Pascua ocurrió o no una transición epidemiológica y hasta qué punto dicha transición se asemejó a la que pudo haber ocurrido en el resto de Venezuela durante el mismo período. Tercero, determinar si la continua evolución de los conocimientos médicos en Venezuela a lo largo del período 1845-1961 influyó o no en el uso de las expresiones diagnósticas de la causa de muerte.

Para cumplir con los tres objetivos mencionados, nos basamos principalmente en las 1.865 defunciones encontradas en los libros de entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua (1845-1900) y las 10.730 defunciones encontradas en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico (1893-1961).

El principal marco teórico de esta tesis doctoral lo constituyó la *Teoría de la Transición Epidemiológica* propuesta por Abdel R. Omran en 1971 y basado en ella se formularon tres hipótesis de trabajo: **Hipótesis de Trabajo N° 1:** *El perfil epidemiológico observado en Valle de la Pascua durante el período 1893-1961 exhibirá una paulatina transición de causa de muerte por enfermedades infecciosas a causa de muerte por enfermedades degenerativas y causadas por el hombre, principalmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.* **Hipótesis de Trabajo N° 2:** *Durante la transición epidemiológica observada en Valle de la Pascua, los grupos de edad más jóvenes registrarán el mayor descenso en los porcentajes de la mortalidad general.* **Hipótesis de Trabajo N° 3:** *El perfil epidemiológico observado en Valle de la Pascua se asemejará al de toda Venezuela y ambos presentarán las características del Modelo Tardío propuesto por Omran.* Por otro lado, basándonos principalmente en las causas de muerte anotadas en las partidas de defunción asentadas en el Registro Civil de Distrito Infante, Estado Guárico, durante el período 1893-1961 y la revisión de la literatura de las ciencias médicas y salud pública de Venezuela en los siglos XIX y XX, se formuló una cuarta hipótesis de trabajo, a saber: **Hipótesis de Trabajo N° 4:** *La continua evolución de los conocimientos médicos en Venezuela durante el período 1893-1961 influirá paulatinamente en el uso de las*

expresiones diagnósticas de la causa de muerte, conllevando al uso de nuevas y más complejas expresiones para describir la misma. El arduo y riguroso proceso de comprobación de las hipótesis de trabajo formuladas arrojó los siguientes resultados con respecto a las mismas:

Hipótesis de Trabajo N° 1: *El perfil epidemiológico observado en Valle de la Pascua durante el período 1893-1961 exhibirá una paulatina transición de causa de muerte por enfermedades infecciosas a causa de muerte por enfermedades degenerativas y causadas por el hombre, principalmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.* Basado en el análisis de los datos y estadísticas disponibles, esta hipótesis de trabajo se considera verificada. Alrededor de 1948, se observan los primeros destellos de lo que se podría catalogar como los comienzos de una transición epidemiológica en Valle de la Pascua., esencialmente una transición de la **Fase 2** (Edad de las pandemias retraídas) a la **Fase 3** (Edad de las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre), en términos de la propuesta teórica de Omran. A partir de ese año, las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre comenzaron a registrar, aunque muy lentamente, significativos porcentajes del total de la mortalidad general. Concretamente, las enfermedades cardiovasculares acumularon más de 10,00% del total en cuatro de los 13 años del lapso 1948-1961. Por otro lado, durante el mismo lapso el cáncer registró porcentajes del total de la mortalidad por encima del 1,00%, superando el 8,00% en el año 1956. Sin embargo, a pesar de la tendencia alcista de estas dos enfermedades, ejes centrales de la *Teoría de la Transición Epidemiológica*, para 1961, las mismas no llegaron a dominar el perfil epidemiológico de Valle de la Pascua, aunque si acumularon en conjunto un robusto 17,96% del total de la mortalidad general. Los resultados para estas dos enfermedades concuerda con lo expuesto por Omran, quien sostenía en 1971, que la transición de un patrón de mortalidad por enfermedades infecciosas a uno de mortalidad por enfermedades degenerativas y causadas por el hombre, se había puesto en marcha en los países en vías de desarrollo como Venezuela, pero definitivamente no había llegado a su fase final.

Hipótesis de Trabajo N° 2: *Durante la transición epidemiológica observada en Valle de la Pascua, los grupos de edad más jóvenes registrarán el mayor descenso en los porcentajes de la mortalidad general.* Aunque los grupos de edad más jóvenes experimentaron un descenso en los porcentajes de la mortalidad general durante la transición epidemiológica que se gestó en Valle de la Pascua, esta hipótesis de trabajo no se puede considerar como verificada por dos razones principales. Primeramente, si tomamos el año 1948 como el punto de partida de la transición epidemiológica en Valle de Pascua, se observa que los

grupos de edad más jóvenes, específicamente «0 años» y «1-20 años», no fueron precisamente los que registraron el mayor descenso en los porcentajes de la mortalidad general. De hecho fue el grupo de edad «21-50 años» el que experimentó el más notable descenso, seguido por el grupo de edad «1-20 años». En ambos casos, la erradicación del paludismo a finales de la década de 1940 parece haber sido la razón principal de los notables descensos en los porcentajes de la mortalidad general. Segundo, el incremento de los porcentajes de mortalidad en el grupo de edad «0 años», el cual rondó el 23,10% entre 1948 y 1961, puso de manifiesto que, para este último año, una transición epidemiológica todavía estaba muy lejos de su culminación. El significativo crecimiento demográfico de Valle de la Pascua entre 1941 y 1961, junto con un mejor registro de las defunciones de los menores de un año, jugaron un papel fundamental en el incremento de las cifras de la mortalidad infantil, cifras que a fin de cuentas eran más consonas con la realidad. Debe agregarse que sólo el grupo de edad «50 años y más» mostró porcentajes que corresponden con la propuesta teórica de Omran, en este caso un aumento paulatino de los porcentajes de la mortalidad general. Esto se debió en gran parte, a partir de 1948, a una mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por el cáncer.

Hipótesis de Trabajo N° 3: *La transición epidemiológica observada en Valle de la Pascua se asemejará a la de toda Venezuela y ambas presentarán las características del Modelo Tardío propuesto por Omran.* Esta hipótesis de trabajo se considera verificada. En líneas generales, la transición epidemiológica que se gestó en Valle de la Pascua, entre más o menos 1948 y 1961, fue muy similar a la ocurrida en Venezuela, aunque para la Venezuela entera, la transición epidemiológica probablemente empezó a gestarse un poco antes que en Valle de la Pascua, definitivamente entre 1936 y 1948. Aquí hay que tomar en cuenta la mortalidad general de la región centro-norte de Venezuela, la cual tenía mucho peso. Dicha región era relativamente más sana, sobre todo el área metropolitana de Caracas, donde el paludismo no era un factor tan relevante en el patrón epidemiológico, pero sí las enfermedades del corazón y el cáncer. No obstante, tanto en Venezuela como en Valle de la Pascua, la caída del paludismo fue trascendental para efectuar el cambio de un patrón de mortalidad por causas infecciosas a uno de mortalidad por causas no infecciosas. Al mismo tiempo, el incremento lento y paulatino de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer fue notable tanto en Valle de la Pascua como en Venezuela, como lo fue el cambio del patrón de mortalidad en los grupos de edad, muy similar para ambos, resaltando sobre todo el grupo de edad «21-40 años», el grupo más afectado por el paludismo y el que registró el más notable descenso en el porcentaje de la mortalidad general. Por igual, tanto

en Valle de la Pascua como en Venezuela resaltan los crecientes porcentajes de los grupos de edad más avanzados, representados en este caso por el grupo de edad «51 y más años».

Por otra parte, las transiciones epidemiológicas que se gestaron en Valle de la Pascua y Venezuela durante el período 1937-1961 presentan las características del *Modelo Tardío* propuesto por Omran, principalmente por no haber llegado a su culminación en ese lapso de tiempo. Esto se debe a que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, tanto en Valle de la Pascua como Venezuela, todavía no habían asumido control del perfil epidemiológico, al registrar en conjunto y en cada caso menos del 20,00% de la mortalidad general, aunque mostrando una tendencia alcista. De hecho, no sería hasta más o menos 1980 cuando parece completarse la transición epidemiológica en Venezuela. Es probable que algo similar ocurrió en Valle de la Pascua, aunque no se sabe con certeza. Por último, las transiciones epidemiológicas que se iniciaron en Valle de la Pascua y toda Venezuela encajan perfectamente dentro del *Modelo Tardío* propuesto por Omran por presentar todavía en 1961 elevados porcentajes de mortalidad infantil, a pesar de los enormes logros del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en reducir la mortalidad en los menores de un año a partir de 1936.

Hipótesis de Trabajo N° 4: *La continua evolución de los conocimientos médicos en Venezuela durante el período 1893-1961 influirá paulatinamente en el uso de las expresiones diagnósticas de la causa de muerte, conllevando al uso de nuevas y más complejas expresiones para describir la misma.* Esta hipótesis de trabajo se considera verificada. Específicamente, durante el período 1893-1961, las expresiones diagnósticas de causa de muerte que aparecen en los libros de defunción del Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico, experimentaron significativos cambios, los cuales, se puede argumentar, ocurrieron en parte debido a los avances en los conocimientos médicos, la naturaleza e incidencia de las enfermedades responsables por el grueso de las defunciones y la acción gubernamental en materia de salud pública. Al mismo tiempo, debe resaltarse que algunas expresiones diagnósticas no experimentaron significativos cambios, lo cual podría ser función de los conocimientos médicos de los varios facultativos que prestaron sus servicios a lo largo del período 1893-1961 y en algunos casos simplemente desidia.

Aparte de lo expuesto hasta ahora, específicamente, la verificación o no de las hipótesis de trabajo formuladas en esta tesis doctoral, también concluiremos sobre la estructura de la mortalidad en Valle de la Pascua, a saber: las principales causas de muerte, la mortalidad por edad y sexo, el patrón estacional de la mortalidad general, la intensidad de la

mortalidad, la mortalidad infantil y los factores influyentes en la mortalidad general e infantil.

Principales causas de muerte en Valle de la Pascua - Durante el período 1893-1961, el paludismo ocupó el primer lugar como causa de muerte en Valle de la Pascua, aunque en realidad esta enfermedad fue más impactante en el panorama epidemiológico de Valle de la Pascua durante el período 1893-1935. En la segunda parte de la década de 1940, esta enfermedad acusó un fuerte descenso, dejando de figurar como causa de muerte de peso a partir de 1950. El uso del D.D.T. casa por casa y la eliminación del anófeles transmisor fue más que decisivo en la erradicación del paludismo. La tuberculosis en todas sus formas ocupó el segundo puesto como causa de muerte más importante. Esta enfermedad siempre estuvo latente en el perfil epidemiológico de Valle de la Pascua y no sería hasta finales del período 1937-1961 cuando finalmente entró en franco descenso. La tuberculosis afectó más a las mujeres y esto se debió en gran parte al hacinamiento en las viviendas, muchas veces de una sola habitación. También, se citan los malos hábitos de los portadores de tuberculosis de escupir en los pisos y paredes como una de las principales causas de la alta incidencia de esta enfermedad no sólo en Valle de la Pascua sino también en el Estado Guárico. El grupo compuesto de diarrea, enteritis y gastroenteritis ocupó el tercer puesto y representó durante todo el período una amenaza perenne para los vallepascuenses. Indudablemente que el pésimo estado del agua potable usada en Valle de la Pascua, durante todo el período, repercutió enormemente en la incidencia de estas enfermedades. La neumonía ocupó el cuarto puesto como principal causa de muerte durante todo el período. A pesar de esto, esta enfermedad dejó de ser causa importante de muerte a partir de 1937. Un giro hacia diagnósticos de causa de muerte como bronconeumonía parece haber influido en este descenso, dados los más altos porcentajes de mortalidad por bronconeumonía vistos, sobre todo en los últimos años del período 1937-1961. La mayor incidencia de bronconeumonía en los grupos de edad extremos se cita como razón principal para este cambio.

Mortalidad por edad y sexo – Durante el largo período 1845-1961, aunque hubo excepciones para ciertos años, en conjunto, la mortalidad masculina acumuló los mayores porcentajes de la mortalidad general. Esto fue más notable durante el período 1937-1961, donde la mortalidad masculina excedió a la femenina por más de 8,00%, lo que contrasta con el período 1845-1935, donde la diferencia porcentual fue un poco más del 2,00%. La hipermortalidad masculina en el grupo de edad «Menores de un año» fue la razón principal de la abultada diferencia durante el período 1937-1961, ya que este grupo de edad acumuló

casi el 62,00% de la mortalidad infantil. Por otro lado, durante todo el período 1888-1961 la mortalidad masculina registró los mayores porcentajes de la mortalidad general en todos los grupos de edad, excepto el grupo de edad «51 y más años». El dominio de la mortalidad masculina fue más perceptible en los grupos de edad más jóvenes, específicamente los comprendidos entre 0 y 20 años. Indudablemente que la mortalidad por paludismo, patología perinatal, enfermedades gastrointestinales y enfermedades respiratorias jugaron un papel fundamental en este patrón de mortalidad. En cuanto al dominio de la mortalidad femenina en el grupo de edad «51 y más años», dicho dominio fue más notable durante el período 1888-1935, donde la diferencia porcentual alcanzó un 11,00%, descendiendo a un poco más del 6,00% durante el período 1937-1961. Sin duda alguna, durante el primer período está en juego la elevada mortalidad por paludismo entre los varones, sobre todo los de edades comprendidas entre 11 y 40 años. Las mujeres eran menos afectadas y por lo tanto sobrevivían más allá de los 40 años.

La mortalidad por enfermedades mal definidas – Junto con el subregistro de las defunciones de los menores de un año, las enfermedades mal definidas representaron, hasta cierto punto, un obstáculo en definir un perfil epidemiológico más claro para Valle de la Pascua. El problema fue más severo entre los años 1928 y 1950, pero debe destacarse que el dicho problema no fue tan severo en Valle de la Pascua como lo fue en toda Venezuela, sobre todo entre 1950 y 1961. No obstante los altos porcentajes de las enfermedades mal definidas durante el lapso 1928-1950, un análisis de esta causa de muerte de acuerdo a su patrón estacional y grupos de edad afectados reveló que es bastante probable que las mismas causas de muerte vistas dentro de la mortalidad diagnosticada eran las responsables de las muertes por enfermedades mal definidas.

Patrón estacional de la mortalidad general – El patrón estacional de la mortalidad general en Valle de la Pascua está muy bien definido y presenta características si se quiere distintas durante los dos períodos estudiados. Primeramente debe destacarse que la mortalidad en Valle de la Pascua estuvo grandemente condicionada por una estación lluviosa (mayo a noviembre) y una estación seca (diciembre hasta abril). Durante el período 1893-1935, el paludismo fue la causa principal de muerte y como tal, el patrón estacional de mortalidad se volcó hacia los meses de septiembre, octubre y noviembre, siendo octubre el mes más cruento. Al mismo tiempo, los menores porcentajes de mortalidad se registraron consistentemente en la estación seca, específicamente en los meses de febrero, marzo y abril. También fue notable durante este período la alta incidencia de enfermedades gastrointestinales durante los meses de mayo, junio y julio, y las enfermedades respiratorias

sobre todo en el mes enero. Por otra parte, durante el período 1937-1961, la caída del paludismo como causa de muerte de peso dio como resultado que el patrón de mortalidad se volcara hacia los meses de mayo, junio y julio debido a las enfermedades gastrointestinales, las enfermedades perennes de Valle de la Pascua. También, la mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer y patología perinatal alteró ligeramente el patrón estacional de mortalidad y otros meses del año cobraron mayor relevancia, pero casi siempre entre junio y enero. Las enfermedades respiratorias siguieron mostrando el mismo patrón estacional de mortalidad de siempre, es decir, una elevada mortalidad entre los meses de noviembre y febrero, y los menores porcentajes de defunciones se registraron en la estación seca.

La intensidad de la mortalidad - El análisis de la intensidad de la mortalidad en Valle de la Pascua utilizando el método de Del Panta y Levi-Bacci reveló un solo año donde hubo una crisis de mortalidad, específicamente el año 1942. Otros años con altas cifras de mortalidad como los años 1881, 1912, 1926 y 1959 no se pudieron analizar por carecer de todas las partidas de defunción o por la falta de datos antes y después de los nombrados años. La crisis de mortalidad ocurrida en Valle de la Pascua en el año 1942 parece haber sido el resultado de un brote temprano de enfermedades gastrointestinales en los meses de marzo, abril y mayo, y una alta incidencia de paludismo en los meses de julio y agosto. Estos eventos parecen haber estado muy fuera de lo normal. Como se vio en el MARCO HISTÓRICO, la escasez del agua o el uso de agua contaminada fue un problema muy serio en Valle de la Pascua durante casi todo el período estudiado. Es probable que para 1942, el problema del agua se había agudizado de tal manera que un brote inesperado de enfermedades gastrointestinales fue el indeseado resultado. Sabemos que al año siguiente, el problema se consideraba de tal magnitud que el Instituto de Obras Sanitarias (I.N.O.S.) tomó cartas en el asunto y construyó un acueducto para la ciudad que utilizaba el agua de pozos subterráneos. En cuanto al paludismo, aunque una alta incidencia de esta enfermedad es menos común en julio y agosto, quizás las lluvias ocurrieron más tempranamente ese año, lo que provocó que el flagelo también apareciera muy inoportunamente. Por otra parte, también es muy probable que las enfermedades mal definidas, las cuales registraron más del 50,00% de la mortalidad general en 1942, escondieron una mortalidad por enfermedades gastrointestinales, paludismo y tuberculosis.

La mortalidad infantil – La mortalidad infantil observada en Valle de la Pascua presenta dos caras muy diferentes. Durante el período 1888-1935, la mortalidad infantil como porcentaje de la mortalidad general estuvo muy infravalorada, debido a un significativo

subregistro que pudo haber rondado el 30,00%. Es muy probable que este subregistro afectó más a las defunciones ocurridas en el medio rural. Como tal, la mortalidad infantil durante este período no se presta a un análisis profundo y definitivo, aunque no por ello su descripción carezca de valor histórico. Al examinarse la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal como porcentajes de la mortalidad infantil para el mismo período, destaca principalmente la aparente infravaloración de la mortalidad perinatal (0-6 días) y la mortalidad neonatal (7-28 días). La mortalidad postneonatal, por otra parte, mostró casi siempre porcentajes relativamente estables.

Las cosas cambian notablemente durante el período 1937-1961 y se notan significativas mejoras en el asentamiento de las defunciones de los menores de un año y también en un mejor diagnóstico de las causas de defunción. Indudablemente que la construcción del Hospital Guasco en Valle de la Pascua, hecho ocurrido entre 1937 y 1940, repercutió positivamente en la salud pública de la ciudad y más o menos a partir de este último año se empezó a llevar mejor cuenta de la mortalidad infantil de la ciudad y sus zonas rurales. La mortalidad infantil como porcentaje de la mortalidad general muestra altibajos, aunque su tendencia es definitivamente alcista, sobre todo durante el quinquenio 1957-1961. Al analizarse la mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal como porcentajes de la mortalidad infantil, el panorama ahora es muy diferente en relación al visto durante el período 1888-1935, primero que todo, porque parece haber habido un subregistro mucho menor. Además, las tres categorías de la mortalidad infantil experimentaron cambios muy desiguales. Primeramente, la mortalidad perinatal durante el período 1937-1961 exhibió modestos porcentajes en un comienzo y su tendencia fue algunas veces errática, pero si alcanzó muy altos porcentajes durante el quinquenio 1957-1961, los más altos de las tres edades para ese lapso. Por otro lado, la mortalidad neonatal fue menos notable, con muchos altibajo, y mostrando muy bajos porcentajes a finales del período. Por último, la mortalidad postneonatal mostró elevadísimos porcentajes durante casi todo el período para luego caer, aunque moderadamente, durante el quinquenio 1957-1961.

En cuanto a las principales causas de muerte dentro de la mortalidad infantil, indudablemente que las mismas fueron función de la edad del occiso. En lo que se refiere a la mortalidad perinatal, las principales causas de muerte fueron los partos prolongados, los partos prematuros y la debilidad congénita. En cuanto a la mortalidad neonatal, el tétanos infantil fue la causa principal de muerte. Por último, en el caso de la mortalidad postneonatal, el grupo de diarrea, enteritis y gastroenteritis fue la principal causa de muerte

y también se destacaron las enfermedades infecciosas transmitidas por aire, principalmente la bronconeumonía, la bronquitis y la neumonía.

Factores influyentes en la mortalidad general e infantil- Un sinnúmero de factores influyeron en la mortalidad general de Valle de la Pascua, tanto en el medio rural como el medio urbano. En este estudio se identificaron factores de orden médico sanitario, orden económico-social y educacional. Entre los más importantes factores de orden médico-sanitario es necesario mencionar la ausencia de un hospital en Valle de la Pascua hasta el año 1937, la presencia continua en el medio ambiente vallepascuense de parásitos intestinales y los protozoarios del género plasmodio, las lagunas cercanas a Valle de la Pascua, las cuales representaban los principales criaderos de los anófeles transmisores del paludismo. También hay que mencionar la falta de agua potable o la mala calidad de la existente, la falta de acueductos, la falta de letrinas y la falta de un sistema de cloacas. Un acueducto no se instaló en Valle de la Pascua hasta 1943 y el sistema de cloacas no se instaló hasta 1947. En cuanto a los factores de orden económico-social, deben mencionarse los bajos salarios, la escasez de alimentos y las inadecuadas viviendas, vestuarios y calzado. Por último, en cuanto a los factores educacionales son notables el analfabetismo, el curanderismo y la ignorancia de los principios básicos de higiene. Este último factor se manifiesta todavía en el presente, a juzgar por las pilas de basura acumuladas en las calles y aceras de Valle de la Pascua y la desidia exhibida en procurar el saneamiento del medio ambiente. Otro factor de importancia es el fatalismo que caracteriza al guariqueño, sobre todo al habitante del medio rural, lo que implica que se resigna a lo que venga sin procurar buscar mejoras. Su fervor religioso y la creencia de que algo mejor va a sobrevenir muchas veces le impide tomar medidas prontas, concretas y eficaces. Además, la tendencia a improvisar y conformarse con poco es lo normal.

Los factores aquí notados fácilmente se aplican al medio rural, del cual provinieron casi un 30,00% de las defunciones registradas en el Registro Civil del Distrito Infante, Estado Guárico Sin embargo, deben agregarse otros para ese medio. Aquí figuran el latifundio (causante de los bajos salarios), la despoblación y las faltas de vías de comunicación para trasladarse a Valle de la Pascua en busca de atención médica, mayormente inexistente en el medio rural. En el medio rural también se detectan factores de orden patológico como las infecciones microbianas y parasitarias. Son también de gran importancia los factores de orden social como la ilegitimidad, los malos hábitos higiénicos del campesino, la vivienda anti-sanitaria, la mala alimentación, el alcoholismo y el trabajo fatigante.

Casi todos los factores influyentes en la mortalidad general de Valle de la Pascua se podrían aplicar como factores influyentes en la mortalidad infantil de la misma, en particular los de orden médico-sanitario y económico-social, aunque se destacan otros factores que son peculiares a esta categoría de la mortalidad. Primeramente se destacan factores de orden patológico prenatal como las condiciones existentes en los progenitores que repercutían en el embarazo o parto. También se destacan los factores patológicos postnatales, más notablemente entre ellos las enfermedades infecciosas como la gastroenteritis. Por último, deben mencionarse factores médico-sanitarios como la falta de una adecuada asistencia obstétrica (factor citado muy a menudo por los médicos vallepascuenses entrevistados) y las malas condiciones del agua y la leche. La falta de una adecuada asistencia obstétrica probablemente jugó un papel de gran importancia en las 375 defunciones extraídas de las partidas de defunción para el lapso 1940-1961 y que fueron clasificadas como muerte intrauterina, teniendo el occiso una edad gestacional de 9 meses en el 75,00% de los casos. Esto al parecer se debió a que muchas embarazadas no procuraban asistencia obstétrica sino en los últimos días del embarazo, razón por la cual condiciones anormales en el embarazo no eran detectadas a tiempo y ocurrían muchos partos distócicos.

Contribución de esta tesis doctoral – Consideramos que los resultados de estas tesis doctoral aportarán una pequeña contribución a la historiografía de la epidemiología histórica en Venezuela por cinco diferentes razones. Primero, este estudio se considera prácticamente único en su género, pues de acuerdo a nuestros conocimientos no se ha realizado ningún estudio de esta magnitud en Venezuela hasta esta fecha. Segundo, el estudio pone en práctica una sustancial aplicación de la *Teoría de la Transición Epidemiológica* propuesta por Omran y de paso enriquece la historiografía sobre este tema a nivel mundial. Tercero, el estudio trae a la luz la historia regional de un área de los llanos venezolanos, sobre una rama de la salud pública poco abordada en tiempos recientes. Cuarto, este estudio establece una base historiográfica para futuros estudios relacionados con la mortalidad general e infantil y sus factores influyentes a nivel local y regional en Venezuela. Quinto, este estudio provee un notable ejemplo de la aplicación de la historia oral, rama de la historia que se hizo necesaria en este estudio, dada la carencia de fuentes historiográficas que caracteriza a la Valle de la Pascua del período 1937-1961. Es de pensar que las técnicas utilizadas en este estudio podrían servir de base para otros estudios de la historia actual o reciente, en particular estudios relacionados con la historia de la salud pública en Venezuela.

Recomendaciones para futuras investigaciones - Se espera que este estudio ayude a encaminar a otros estudiosos a investigaciones que tratan sobre la epidemiología histórica o disciplinas afines como la demografía histórica, la historia de la población, la historia de las enfermedades y temas de relevancia dentro de la historia de la salud pública de Venezuela, en particular su historiografía. De particular interés serían las investigaciones que enfoquen a la mortalidad como variable principal en las distintas regiones de Venezuela y que potencialmente utilicen como marco teórico los preceptos enunciados en la *Teoría de la Transición Epidemiológica*, en particular, el período comprendido entre 1961 y 2000. Por otro lado, también se exhorta a los estudiosos a realizar investigaciones que enfoquen el análisis semántico-documental de los diagnósticos de defunción tanto a nivel nacional como a nivel regional, especialmente dada la existencia de valiosas fuentes como los *Anuarios Estadísticos de Venezuela* y los *Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital*. Por último, también se exhorta a otros estudiosos a emprender investigaciones que enfoquen los factores influyentes tanto en la mortalidad general como en la mortalidad infantil en las varias regiones de Venezuela.

FUENTES HEMEROGRÁFICAS

Chilindrinas, 23 de octubre de 1895, N° 3.

Chilindrinas, 10 de noviembre de 1895, N° 4.

Chilindrinas, 1 de enero de 1896, N° 7.

Chilindrinas, 31 de enero de 1896, N° 8.

Chilindrinas, 15 de febrero de 1896, N° 9.

Chilindrinas, 3 de marzo de 1896, N° 10.

Chilindrinas, 24 de marzo de 1896, N° 11.

Chilindrinas, 18 de abril de 1896, N° 12.

Eco Regional, 14 de julio de 1923, Año XVI, N° 97.

Eco Regional, 23 de diciembre de 1924, Año XVII, N° 98.

Eco Regional, 30 de diciembre de 1924, Año 7, N° 98

Ecos de Orituco, 1ro de febrero de 1897, N° 2.

Ecos de Orituco, 12 de marzo de 1897, N° 6.

El Anunciador, 17 de marzo de 1923, Año 5, N° 212.

El Anunciador, 31 de marzo de 1923, Año V, N° 214.

El Anunciador, 14 de abril de 1923, Año 5, N° 216.

El Anunciador, 21 de abril de 1923, Año V, N° 217.

El Anunciador, 9 de junio de 1923, Año 5, N° 224.

El Anunciador, 16 de junio de 1923, Año V, N° 225.

El Anunciador, 23 de junio de 1923, Año 5, N° 226.

El Anunciador, 2 de julio de 1923.

El Anunciador, 21 de julio de 1923, Año V, N° 230.

El Anunciador, 27 de diciembre de 1924, Año VI, N° 294.

El Anunciador, 21 de febrero de 1925, Año VI, N° 302.

El Candil, 5 de mayo de 1908, Año 1, N° 5.

El Cóndor, 31 de mayo de 1935, N° 17.

El Ganadero, 4 de agosto de 1945, N° 1

El Ganadero, 8 de septiembre de 1945, N° 2

El Ganadero, 4 de octubre de 1945, N° 3.

El Pensamiento, 20 de septiembre de 1912, Año I, N° 3.

La Idea, 16 de diciembre de 1923, Año 2, N° 16.

La Idea, 16 de diciembre de 1923, Año II, N° 17.

La Idea, 23 de diciembre de 1923, Año II, N° 17.

La Idea, 20 de enero de 1924, Año II, N° 21.

La Luz del Santuario, 24 de abril de 1916, Año III, N° 30.

La Pampa, 10 de diciembre de 1906, Año I, N° 14.
La Pampa, 13 de enero de 1907, Año I, N° 15.
La Pampa, 10 de febrero de 1907, Año I, N° 16.
La Pampa, 10 de abril de 1907, Año I, N° 17.
La Pampa, 10 de septiembre de 1907, Año I, N° 24.
La Pampa, 25 de enero de 1908, Año II, N° 18.
La Pampa, 25 de abril de 1908, Año II, N° 30.
La Pampa, 16 de septiembre de 1908, Año 2, N° 32.
La Pampa, 6 de marzo de 1909, Año 3, N° 35.
La Pampa, 24 de junio de 1917, Año XIV, N° 43.
La Pluma, 10 de febrero de 1907, Año I, N° 16.
La Pluma, 17 de enero de 1909, Año 3, N° 34.
La Pluma, 20 de octubre de 1909, Año I, Mes VII, N° 10.
La Pluma, 24 de octubre de 1909, Año I, N° 11.
La Pluma, 31 de octubre de 1909.
La Pluma, 23 de junio de 1910, Año 2, N° 15.
La Pluma, 31 de julio de 1910, Año 2, N° 16.
Labor, Diciembre de 1932, Año X, N° 25.
Labor, 17 de junio de 1934, Año X, N° 31.
Labor, 10 de enero de 1935, Año X, N° 26.
Labor, 19 de enero de 1935.
Lámparas, 30 de octubre de 1924, Año 1, N° 11.
Luz del Santuario, 24 de abril de 1916, Año III, N° 30.
Oriente de Guárico, Año I, Mes V, N° 4. 1914.
Oriente del Guárico, 7 de marzo de 1916, Año III, Mes II, N° 27.
Oriente del Guárico, 17 de marzo de 1916, Año III, Mes III, N° 28.
Oriente de Guárico, Año VI, Mes XII, N° 83. 1920.
Oriente del Guárico, 21 de septiembre de 1921, Año VII, Mes I, N° 84.
Unión y Progreso, 15 de noviembre de 1906, Año I, N° 5.
Unión y Progreso, 30 de enero de 1907, N° 1.
Unión y Progreso, 2 de mayo de 1907.

FUENTES ORALES

Felipe Hernández, Cronista e Historiador.

Manuel Soto Arbeláez. Cronista e Historiador.

Diógenes Ron Troconis, Doctor en Medicina, Hospital Guasco de Valle de la Pascua (1951-1973).

José Tomás Arzola Chacín, Doctor en Medicina, Hospital Guasco de Valle de la Pascua (1958-1973).

Fernando Aular, Doctor en Medicina, Hospital Guasco de Valle de la Pascua (1963-1973).

Ofelia Camero de Ruiz, Doctora en Pediatría, Hospital Guasco de Valle de la Pascua (1963-1973).

María del Valle Álvarez de Suárez, Enfermera, Hospital Guasco de Valle de la Pascua (1953-1967).

María Esther de Zúnico, Enfermera, Hospital Guasco de Valle de la Pascua (1957-1973).

Feliciano de Jesús Velásquez Anare, Usuaría, Hospital Guasco de Valle de la Pascua (1958-1973).

FUENTES DOCUMENTALES

ARCHIVO DEL REGISTRO CIVIL DEL DISTRITO INFANTE

Libros de Defunción del Registro Civil del Distrito Infante, 1893-1961.

ARCHIVO DE LA IGLESIA DE JESUCRISTO DE LOS SANTOS DE LOS ÚLTIMOS DÍAS

Libros de Entierros de la Iglesia Parroquial de Valle de la Pascua, 1845-1900.

UNIVERSIDAD DE YALE, NEW HAVEN, CONNECTICUTT, EE.UU.

Memorias y Cuentas del Estado Guárico, 1939-1943.

UNIVERSIDAD DE HARVARD, CAMBRIDGE, MASSACHUSSETS, EE.UU.

Recopilación de los actos oficiales sancionados por el Concejo Municipal del Departamento Bravo en el primer trimestre del año de 1877.

BIBLIOTECA NACIONAL DE VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA.

Mensajes de los mandatarios del Estado Guárico. Años 1955, 1957, 1961 y 1963.

BIBLIOGRAFÍA

ABBOT, A. C. (1922): «The death rate from tuberculosis», *American Association for the Advancement of Science*, 56(1,449), p. 387-388.

ACADEMIA DE MEDICINA (1910): «Censo médico-farmacéutico de Venezuela. Estado Guárico», *Gaceta Médica de Caracas*, 17(3), p. 20-21.

ACKERKNECHT, E.H. (1972): *History and geography of the most important diseases*, New York, Hafner Publishing Company, Inc.

ACOSTA DELGADO, P. (1922): «Mortalidad infantil», *Gaceta Médica de Caracas*, 29(9), p. 203-206.

ADAMS, P. (1940): *José de Oviedo y Baños. Historia de la conquista y población de la Provincia de Venezuela*. Editada por Paul Adams. New York, The Scribner Press.

AGUIAR NIETO, R. (1945): «La mortalidad infantil en Porlamar durante el decenio 1934-43», *Unidad Sanitaria*, IV, 10-12, p. 195-216.

AGUILERA, J. A. (1980): *La población de Venezuela: Dinámica histórica, socioeconómica y geográfica*. Caracas, Universidad Central de Venezuela.

ALBALADEJO, L. (1937): «Mortalidad por enfermedades infecciosas en distintos países», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Año XII, Números 9, 11, 11 y 12.

ALEGRÍA, C. (1946): «El Zulia médico geográfico», *Cuadernos Amarillos*, 17-20, XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Caracas, Editorial Grafolit.

ALEGRÍA, C. (1963): *Medicina precolombina o medicina indígena*, Cuaderno N° 2. Caracas, Tipografía Vargas, Prensa Cilíndrica de la Sociedad Venezolana de Salud Pública.

ALEGRÍA, C. (1963): *Medicina colonial pre-universitaria o período de transculturación*. Caracas, Sociedad Venezolana de Salud Pública.

ALEGRÍA, C. (1972): *Chexende - La odisea de un quijote o episodios en la vida de un médico rural*. Caracas.

ALEGRÍA, C. (1977): *De nuestro folklore médico: Muerte velación y entierro de angelitos y mal de los siete días. Pasado y presente del tétanos neonatorum*. Caracas.

ALEGRÍA, C. (1979): *Folklore médico en Venezuela*. Caracas.

ALTED VIGIL, A. y SÁNCHEZ BELÉN, J.A. (2006): *Métodos y técnicas de investigación en historia moderna e historia contemporánea*, Madrid, Editorial Universitaria Ramón Areces.

ALVARADO, L. (1894): «Geofagia», *Gaceta Médica de Caracas*, 2(6), p. 61-62.

ÁLVAREZ BERNAL, F. (1979): «Geographical distribution of ischemic heart disease mortality and its relationship to the climatic conditions in Venezuela», Tesis Doctoral, Texas A & M University.

AMORY WINSLOW, C.A. (1952): *Man and epidemics*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press.

AMORY WINSLOW, C.A. (1971): *The conquest of epidemic disease: A chapter in the history of ideas*, Madison, Wisconsin, The University of Wisconsin Press.

ANDRADE PENNY, E. (1897): «Influencia de la purificación del agua en la salubridad», *Gaceta Médica de Caracas*, 5(6) p. 45-50.

ANDUIZA, J. (1926): «Sífilis», *Gaceta Médica de Caracas*, 33,23, p. 368-369.

ANGULO ARVELO, L. A. (1979): *Resumen cronológico de la historia de la medicina en Venezuela*. Caracas, Ediciones OBE-Universidad Central de Venezuela, 2da ed.

ANÓNIMO (1893): «Tuberculosis», *Gaceta Médica de Caracas*, 1,15, p. 86-87.

ANÓNIMO (1907): «Estadística nacional-sección demográfica. Mortalidad ocurrida en Caracas durante el mes de junio de 1907», *Gaceta Médica de Caracas*, 14(1), p. 142-143.

ANÓNIMO (1923): «La obra de la Fundación Rockefeller», *Gaceta Médica de Caracas*, 30(12), p. 191-192.

ANÓNIMO (1931): «La sanidad en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 38(6), p. 91-96.

ANÓNIMO (1939): «Paludismo en Barquisimeto», *Gaceta Médica de Caracas*, 46(2), p. 30-31.

AOUN, S. C. y BRICEÑO IRAGORRY, L. Editores (2010): *Arnoldo Gabaldón*. Colección Razetti, volumen 10, p. 229-256, Caracas, Editorial ATEPROCA.

ARBELO, A. (1962): *La mortalidad de la infancia en España 1901-1950*, Madrid, Instituto Balnes de Sociología, Dirección General de Sanidad, Ministerio de Gobernación.

ARCAYA, P. M. (1936): *The Gomez regime in Venezuela and its background*. Washington, D.C., The Sun Printing Co.

ARCHILA, R. (1944): *Mortalidad infantil en el área de las Unidades Sanitarias de la República (LA)*. Caracas, Editorial Grafolit.

ARCHILA, R. (1946): *Geografía médico-sanitaria del Estado Cojedes con especial referencia al paludismo*. Caracas, Editorial Grafolit (XII Conferencia Sanitaria Panamericana. Cuadernos Amarillos, N° 17).

ARCHILA, R. (1949): *Historia del paludismo en la antigua Provincia de Apure*. Caracas, Tipografía Vargas.

ARCHILA, R. (1949): *Los orígenes de la estadística vital en Venezuela*. Caracas, Tipografía Vargas.

ARCHILA, R. (1952): *Luis Razetti o biografía de la superación*. Caracas, Imprenta Nacional.

- ARCHILA, R. (1956): *Historia de la sanidad en Venezuela. 2 Vols.* Caracas, Imprenta Nacional.
- ARCHILA, R. (1958): *Historia médica de Venezuela. Guayana.* Caracas, Imprenta Nacional.
- ARCHILA, R. (1961): *Historia de la medicina en Venezuela. Época Colonial,* Caracas, Tipografía Vargas S.A.
- ARCHILA, R. (1966): *Historia de la medicina en Venezuela,* Mérida, Universidad de los Andes, Ediciones del Rectorado.
- ARCHILA, R. (1978): *Alemania y Venezuela. Vínculos médicos.* Caracas, Talleres Tipográficos de Miguel Ángel García e Hijo.
- ARCHILA, R. (1982): *Luis Razetti. Síntesis biográfica.* Caracas, Ediciones del Congreso de la República.
- ARCHILA, R. A. (1934): «Relación sobre la fiebre biliosa hemoglobinúrica en Venezuela. Tesis de doctorado», *Gaceta Médica de Caracas*, 41(22), p. 345-351.
- ARÓSTEGUI, J. (2001): *La Investigación histórica: teoría y método,* Barcelona, Crítica.
- ARRAVAL, P. (1898): «Actualidades. La viruela en Caracas.», *Gaceta Médica de Caracas*, 6(12), p. 99-104.
- ARREAZA GUZMÁN, A. (1961): «Contribución al conocimiento de las condiciones actuales de salud de los venezolanos: análisis demográfico y estadístico», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 26(2), p. 69-132.
- ARRIAGA, E.E. (1968): *New life tables for Latin American populations in the XIX and XX centuries.* Berkeley, University of California at Berkeley.
- ARRIAGA, E.E. (1974): *América Latina. El descenso de la mortalidad y sus efectos demográficos.* Berkeley, University of California at Berkeley.
- ASCANIO RODRÍGUEZ, J. B. (1925): *Apuntes y documentos para la historia del Registro Civil en Venezuela.* Caracas, Tipografía Americana.
- ÁVILA ROVIRA, J. M. (1994): «Calidad de la certificación de la muerte, 1966 y 1985», *Gaceta Médica de Caracas*, 102, p. 9-16.
- AVILÁN ROVIRA, J.M. (1997): «Mortalidad por accidentes de tránsito», *Gaceta Médica de Caracas*, 105, p. 216-222.
- AVILÁN ROVIRA, J. M. (1998): «Situación de salud en Venezuela según las estadísticas de mortalidad 1940-1995 », *Gaceta Médica de Caracas*, 106, 2, p. 169-196.
- AVILÁN ROVIRA, J.M. (2001): «Mortalidad en menores de 5 Años a finales del siglo XX», *Gaceta Médica de Caracas*, 109, p. 1-3.
- ÁVILAN ROVIRA, J. M. (2008): «La Gaceta Médica de Caracas hace 100, 50 y 25 años», *Gaceta Médica de Caracas*, 116(3), p. 250-251.

- AYALA, A. (1894): «Apuntaciones sobre la fiebre que reina actualmente en Valencia», *Gaceta Médica de Caracas*, 2(9), p. 89-92.
- AYALA, A. (1904): «Causas que contribuyen a la mortalidad de Caracas y medidas que tienden a combatirlas», *Gaceta Médica de Caracas*, 11(1), p. 1-24.
- AYALA, A. (1904): «Mortalidad de Caracas», *Gaceta Médica de Caracas*, 11,1, p. 1-6.
- AYALA, A. ET AL. (1907): «Anquilostomiasis», *Gaceta Médica de Caracas*, 14,7, p. 55-56.
- AYALA, A. (1912): «Higiene pública», *Gaceta Médica de Caracas*, 19(15), p. 115.
- BALDÓ, J. I. (1937): «Tuberculosis de la infancia», *Gaceta Médica de Caracas*, 44(1), p. 122-125.
- BALDÓ, J.I., CURIEL, D., e ITURBE, P. (1940): «Epidemiología de la tuberculosis en Venezuela», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, XIV, 3-4, p. 671-734.
- BALDÓ, J. I. (1945): «The Tuberculosis problem and the organization of the tuberculosis campaign in Venezuela», *American College of Chest Physicians*, 11, p. 259-265.
- BALDÓ, J.I. y DELGADO BLANCO, J. (1946): «Investigación sobre infección tuberculosa en núcleos de poblaciones indias de la Gran Sabana», *Cuadernos Amarillos*, 26-30, *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.
- BARNOYA, J. (1921): «Un caso de herida penetrante del abdomen por arma de fuego», *Gaceta Médica de Caracas*, 28(7), p. 94-95.
- BARONA, J. L. (1993): Teorías médicas y clasificación de las causas de muerte, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica (Número monográfico: expresiones diagnósticas y causa de muerte)*, 11,3, p. 51-64.
- BARONA, J.L., y BAREA, E. (1996): Enfermedad y muerte en la ciudad de Valencia (1901-1920), *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV, II, p. 57-82.
- BARRERA MONCADA, G. (1944): «Estadística sobre mortalidad infantil en Ciudad Bolívar», *Unidad Sanitaria*, III, 10-12, p. 252-254.
- BARRETO MÉNDEZ, G. (1921): «Impaludismo en el Estado Cojedes», *Gaceta Médica de Caracas*, 28(16), p. 245-253.
- BEAUJON, O. (1961): *Biografía del Hospital Vargas*, 2 vols. Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- BELLO, C.J. (1923): «Nosografía del Estado Táchira. Enfermedades parasitarias», *Gaceta Médica de Caracas*, 30,5, p. 70-80.
- BELLO, C.J. (1923): «Nosografía del Estado Táchira», *Gaceta Médica de Caracas*, 30,4, p. 49-56.
- BENAIM PINTO, H. (1947): «Aspectos cardio-vasculares de la anquilostomiasis, con especial referencia al problema de la miocarditis crónica», *Cuadernos Amarillos*, 26-30, *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.

- BENARROCH, E.I. (1944): «Epidemiología de la tuberculosis en Venezuela», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 9 (febrero-junio), p. 694-734.
- BENARROCH, E.I. (1950): «Paludismo en Venezuela. Introducción al estudio del anófeles Darlingi», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, V, 1-2, p. 63-80.
- BENARROCH, E., CARRILLO, J. M. y BIANCO PARELLA, F. (1961): «Estado actual de los servicios de disposición de excretas en los medios rural y urbano», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 26(2), p. 69-132.
- BENGOA Y LECANADA, J. M. (1940): *Medicina social en el medio rural venezolano*. Caracas, Litografía del Comercio.
- BENGOA, J. M. (1946): «*Medicina Social en el medio rural venezolano*», *Cuadernos Amarillos*, 1-3, XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Caracas, Editorial Grafolit.
- BENGOA, J. M. (2004). «La sanidad y la nutrición en Venezuela a mediados del siglo XX. Efemérides y recuerdos», *Anales Venezolanos de Nutrición*, 17(1).
- BENGOA, J.M. (1940): «Consideraciones sobre la mortalidad por tuberculosis en Venezuela», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 5(4), p. 825-837.
- BENITEZ, J. M. (1899): «Observaciones sobre la fiebre epidémica de los Valles de Aragua. Memoria escrita el año de 1825», *Gaceta Médica de Caracas*, 3(4), p. 25-31.
- BERNABEU MESTRE, J. (1993): «Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 11, 3, p. 13-21.
- BERNABEU MESTRE, J. (1994): *Enfermedad y población: Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*, Valencia: Guada Litografía, S.L.
- BERNABEU MESTRE, J., RAMIRO FARIÑAS, D., SANZ GIMENO, A., y ROBLES GONZÁLEZ, E. (2003): «El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones», *Revista de Demografía Histórica*, XXI, I, p. 167-193.
- BERNARDO ARES, J.L.D. y CALVO CUENCA, A. (2005): *Historia e informática. Metodología interdisciplinar de la investigación histórica*, Córdoba, Servicio de Publicaciones, Universidad de Córdoba.
- BERTI, A, L., JOVE, J. A. BROCCO, E., QUINTO, N. y COVA MARÍN, J. (1961): «Estudio y conocimiento general sobre el problema de basuras en Venezuela», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 26(2), p. 201-265.
- BERTI, A. L. (1997): *Arnoldo Gabaldón. Testimonios sobre una vida al servicio de la gente*. Caracas, Ediciones de la Cámara de Diputados de la República de Venezuela.
- BERTI, A. L., GABALDÓN, A., CARRILLO, S. J., y MAZZARI, H. (1953): The fate of DDT sprayed on the mud wall of houses in Venezuela, United Nations-World Health Organization, sn.

BERTI, A.L. (1997): *Arnoldo Gabaldón. Testimonios sobre una vida al servicio de la gente*, Caracas, Ediciones de la Cámara de Diputados del Congreso de la República, Imprenta Nacional.

BERTI, A.L., GABALDÓN, A., GUERRERO, L. y GÓMEZ NÚÑEZ, J.C. (1960): «Veinticinco años de lucha antimalaria en Venezuela (1936-1960)», *Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social*, XXV,2-3, p. 33-48.

BERTILLON, J. (1899): *Nomenclatura de las enfermedades (causas de las defunciones por..)*, Madrid, Imprenta de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico.

BIBLIOTECA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE LA HISTORIA (1974): *La codificación de Páez, Tomo I (Código Civil de 1862)*. Caracas, Fuentes para la historia republicana de Venezuela.

BIDEGAIN GREISING, G. (1979): «Evolución del nivel y las causas de mortalidad en Venezuela en el período 1958-1978», *Documento de Trabajo N° 5*, Caracas, Universidad Católica Andrés Bello, p. 1-118.

BIDEGAIN GREISING, G. (1987): «La mortalidad venezolana: el conocimiento actual», *Estado Actual de los Estudios de la Población en Venezuela*, Caracas, Universidad Católica Andrés Bello, p. 124-149.

BIDEGAIN GREISING, G. Editor. (1987): *Estado actual de los estudios de la población en Venezuela*. Caracas, Universidad Católica Andrés Bello.

BLANCO, L.F. (1911): «Sífilis», *Gaceta Médica de Caracas*, 18,21, p. 170-175.

BONILLA, L. C., JOVE, J. A., NYERGES, N. y AROCHA, S. (1961): «Estado actual del abastecimiento de agua en centros poblados de Venezuela de menos de 5.000 habitantes», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 26(2), p. 164-179.

BRADLEY, D. J. (1992): «Malaria: old infections, changing epidemiology», *Health Transition Review*, volume 2, supplementary issue.

BREL CACHÓN, M.P. (1999): «Comparación de los libros parroquiales y de los registros civiles. Una aportación a la validez de las fuentes demográficas a finales del siglo XIX», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 17, 2, p. 91-114.

BREL CACHÓN, M.P. (2001): *La población en el Valle del Esla: La Mortalidad (siglos XIX y XX)*, Benavente, Centro de Estudios Benaventanos "Ledo del Pozo".

BRICEÑO IRAGORRY, L. (2003): *Mini-biografías de médicos venezolanos*. Caracas, Editorial ATEPROCA.

BRICEÑO MONZÓN, C. A. (2005): «Visiones geohistóricas del siglo XIX venezolano», *Presente y Pasado-Revista de Historia*, 10(10), 20, p. 88-106.

BRICEÑO ROMERO, G. (1963): *La Socialización de la medicina en Venezuela*. Caracas, Talleres Artegrafía.

BRICEÑO, R.I. (1991): «Mortalidad por cáncer en el Estado Trujillo 1984-1988», *Gaceta Médica de Caracas*, 99,3, p. 195-207.

BRITO FIGUEROA, F. (1986): *Historia económica y social de Venezuela. Vol. II*. Caracas, Universidad Central de Venezuela.

BRUNI CELLI, B. (1957): *Historia de la facultad médica de Caracas*. Caracas, Universidad Central de Venezuela.

BURNETT, M. (1967): *Historia de las enfermedades infecciosas*, Madrid, Alianza Editorial.

CARBONELL, J.A. (1935): «Sífilis», *Gaceta Médica de Caracas*, 42,16, p. 247-255.

CARR, E.H. (2003): *¿Qué es la historia?*, Barcelona, Editorial Ariel, S.A.

CARVALLO, A. (1902): «Contribución al estudio del paludismo en el Guárico y parte de Barlovento», *Gaceta Médica de Caracas*, 9(3), p. 17-19.

CARVALLO, A. (1902): «Contribución al estudio del paludismo en el Guárico y parte de Barlovento», *Gaceta Médica de Caracas*, 9(4), p. 25-28.

CARVALLO, A. (1902): «Contribución al estudio del paludismo en el Guárico y parte de Barlovento», *Gaceta Médica de Caracas*, 9(6), p. 43-44.

CARVALLO, A. (1902): «Contribución al estudio del paludismo en el Guárico y parte de Barlovento», *Gaceta Médica de Caracas*, 9(10), p. 74-77.

CARVALLO, A. (1902): «Contribución al estudio del paludismo en el Guárico y parte de Barlovento», *Gaceta Médica de Caracas*, 9(12), p. 89-90.

CARVALLO, A. (1902): «Contribución al estudio del paludismo en el Guárico y parte de Barlovento», *Gaceta Médica de Caracas*, 9(15), p. 113-119.

CARVALLO, A. (1902): «Contribución al estudio del paludismo en el Guárico y parte de Barlovento», *Gaceta Médica de Caracas*, 9(16), p. 123-125.

CHACÍN ITRIAGO, L. I. (1909): «Relación de una epidemia de fiebre amarilla en Clarines», *Gaceta Médica de Caracas*, 16(19), p. 149-153.

CHACÍN ITRIAGO, L.G. (1920): «Anquilostomiasis», *Gaceta Médica de Caracas*, 27,4, p. 42-43.

CHACÍN ITRIAGO, L.G. (1923): «Algunas consideraciones sobre una gran plaga social», *Gaceta Médica de Caracas*, 30(17), p. 268-272.

CHACÍN ÁLVAREZ, L. F. (1991): *1891-1991. Cien años del Hospital Vargas. Su historia cronológica y significación nacional*. Caracas, Academia Nacional de Medicina/Sociedad de Médicos y Cirujanos del Hospital Vargas.

CHAUMER, E. (1930): «Higiene. Breves consideraciones sobre higiene pública y privada», *Gaceta Médica de Caracas*, 37(7), p. 190-192.

CHEN, C. Y. (1968): *Movimientos migratorios en Venezuela*. Caracas, Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Andrés Bello.

- CHEN, C. Y. y PICOUET, M. (1979): *Dinámica de la población. Caso de Venezuela*. Caracas, Universidad Católica Andrés Bello y Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer.
- CODAZZI, A. (1844): *Resumen de la geografía de Venezuela*, París, Imprenta de H. Fournier y Co.
- C.I.C.R.E.D. (1974). *La población de Venezuela*. Maracaibo, Centro de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia.
- COELLO, A. (2005): *Morón, auge y caída del paludismo en Venezuela*. Caracas.
- COLMENARES SUÁREZ, L. A. (2007): «Contribución científica de la Gaceta Médica de Caracas (1893-2002). Una aproximación y dos propuestas», *Gaceta Médica de Caracas*, 115(2), p. 113-125.
- COLMENÁREZ ARREAZA, G., LÓPEZ, J. E. y BRICEÑO-IRAGORRY, L. Editores (2008): «Doctores en Ciencias Médicas egresados de la Universidad Central de Venezuela desde 1785 – 2007», *Colección Razetti*, Volumen VI, Caracas, Editorial Ateproca, p.87-408.
- CONDE JAHN, F., TRAVIESO, C., y ALEGRÍA, C. (1977): «La salud en adelantados, capitanes, descubridores y pobladores durante el período hispánico». *Documentación Básica de Trabajo Leído en el III Congreso de Historia*, Caracas.
- CONTRERAS ANDRADE, F. V. (1997): *Vida del doctor José Gregorio Hernández*. Valencia, Universidad de Carabobo.
- CONTRERAS VELÁSQUEZ, J.L. (2007): *La mortalidad en los llanos venezolanos durante el Gomecismo, 1908-1935. El caso de Valle de la Pascua*. Trabajo de investigación, UNED, Madrid.
- CORDERO MORENO, R. (1998): *Compendio de la historia de la medicina en Venezuela*. Caracas, Universidad Católica Andrés Bello.
- COVA GARCÍA, P. (1946): «Notas sobre los anofelinos en Venezuela y su identificación», *Cuadernos Amarillos, I-3, XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.
- CREIGHTON, C. (1891-94): *The History of epidemics in Great Britain*, Cambridge, University Press.
- CUNILL GRAU, P. (1987): *Geografía del poblamiento de Venezuela en el siglo XIX. 3 Vols.* Caracas, Ediciones de la Presidencia de la República.
- CURIEL, D. (1947): «Principios en que se basa la clasificación estadística internacional de enfermedades, lesiones y causas de muerte», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, XII, 5-6, p. 519-528.
- CURIEL, D. (1951): «La certificación médica de defunción», *Unidad Sanitaria*, V,24, p. 111-126.

- CURIEL, D. y DE SHELLEY HERNÁNDEZ, R. (1955): *Panorama estadístico de los problemas sanitarios de Venezuela en función de la mortalidad*. Caracas, Servicio de Publicaciones de la División de Epidemiología y Estadística Vita.
- CURIEL, D. y OCHOA, E.D. (1959): «Statistics of gastroenteritis mortality in Venezuela», *Bulletin of World Health Organization*, 21, p. 353-361.
- CURIEL, D., ARCHILA, R., JOVE, J.J. e ITURBE ITURBE, O. (1946): «Estudios epidemiológicos de fiebre tifoidea en Venezuela», *Cuadernos Amarillos*, 4-7, XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Caracas, Editorial Grafolit.
- CURTIS, W. E. (1896): *Venezuela. A land where it's always summer*. New York, Harper & Brothers Publishers.
- D'EMPAIRE, A. (1936): «Heridas por armas de fuego». *Gaceta Médica de Caracas*, 43(18), p. 282-283.
- DAO, L. (1961): *Experiencias sobre enfermedades tropicales en zonas rurales de Venezuela*, Caracas, Corporación Universo Ltda.
- DAO, L. (1965): *Experiencias obstétrico-ginecológicas y quirúrgicas en zonas rurales de Venezuela*. Caracas, Corporación Universo Ltda.
- DÁVILA, D. (2000): *Caracas y la gripe española de 1918. Epidemias y política sanitaria*. Caracas, Universidad Católica Andrés Bello.
- DE ARMAS CHITTY, J.A. (1961): *Tucupido. La formación de un pueblo del Llano*. Caracas, Universidad Central de Venezuela.
- DE ARMAS CHITTY, J.A. (1982): *Historia del Estado Guárico*. Caracas, Ediciones de la Presidencia de la República. Caracas.
- DE ARMAS CHITTY, J.A. (1983): *Zaraza: Biografía de un pueblo*. Caracas, Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia.
- DE ARMAS, J. C. (1924): «El problema social del alcoholismo en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas* 33(4), p. 53-57.
- DE ARMAS, J. C. (1944): *El problema de la insalubridad rural en el estado Guárico. Breve estudio médico-social de las principales endemo-epidemias tropicales*. Buenos Aires, Editor El Ateneo.
- DE MILITA, V. (1921): «Beriberi. Su historia en el Estado Apure. Primera aparición. Epidemias. Su extensión actual. Poblaciones atacadas», *Gaceta Médica de Caracas*, 28(23), p. 220-228.
- DE MILITA, V. (1928): «Geografía médica del Estado Apure», *Gaceta Médica de Caracas*, 35(10), p. 146-158.
- DE RIVAS, D. (1929): «Tuberculosis», *Gaceta Médica de Caracas*, 36,3, p. 41-48.

DEL PANTA, L. y LIVI BACCI, M. (1979): "Chronology, intensity and diffusion of mortality in Italy, 1600-1850", en "*The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*", Liege, International Union for the Scientific Study of Population.

DEMING, D. (1957): «Influenza 1918-Relieving the great epidemic», *The American Journal of Nursing*, 57(10), p. 1308-1309.

DEPARTAMENTO BRAVO (1877): *Recopilación de los actos oficiales sancionados por el Concejo Municipal del Departamento Bravo en el primer trimestre del año de 1877*, Valle de la Pascua, Imprentas de C. Scherling, Aragua.

DIEZ FERNÁNDEZ, C., RODRÍGUEZ, J., y SALAZAR DOMINGUEZ, R. (1951): «Mortalidad tuberculosa en Cumaná», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 16 (1-2), p. 249-258.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1904): «Boletín de estadística de los Estados Unidos de Venezuela, Tomo I», Caracas, Imprenta Nacional.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1905): «Boletín de estadística de los Estados Unidos de Venezuela, Tomo II», Caracas, Imprenta Nacional.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS NACIONALES (1873): *Memoria de la Dirección General de Estadística al Presidente de los Estados Unidos de Venezuela en 1873. 3 vols.* Caracas, Dirección General de Estadística y Censos Nacionales, sn.

DOMINICI, S. A. (1935): «De las miocarditis crónicas en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 52(14), p. 157-164.

DOMINICI, S.A. (1944): «Miocarditis en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 52,14, p. 157-164.

ELK-POLTZ, A. (2001): *Medicina tradicional de Venezuela*. Caracas, Universidad Andrés Bello.

EVANS, R. (1985). «Control de las enfermedades infecciosas y descenso de la mortalidad en Venezuela», en *Control and Eradication of Infectious Disease. An International Symposium*. PAHO Copubl. Ser. N° 1, Pan American Health Organization, Washington, D.C.

FESTY, P. (1974): «Evolution de la population en Amerique Latine», *Population (French Edition)*, 29 (3), p. 609-632.

FLORES, M. F. (1929): «Patogenia y tratamiento de la eclampsia», *Gaceta Médica de Caracas*, 36(5), p. 76-79.

FUNDACIÓN POLAR (1988): *Diccionario de la historia de Venezuela*, Caracas, Fundación Polar.

GABALDÓN A. (1944): «Estado actual de la Campaña Antituberculosa en el Edo. Mérida», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, IX,3, p. 601-616.

- GABALDÓN, A. y COVA GARCÍA, P. (1946): «Zoogeografía de los anofelinos en Venezuela: I. Los dos vectores principales», *Tijeretazos Sobre Malaria*, X,1, p. 19-32.
- GABALDÓN, A. y COVA GARCÍA, P. (1946): «Zoogeografía de los anofelinos en Venezuela: II. Los vectores secundarios y los no vectores», *Tijeretazos Sobre Malaria*, X,2, p. 78-126.
- GABALDÓN, A. y COVA GARCÍA, P. (1946): «Zoogeografía de los anofelinos en Venezuela: III. Las relaciones con el terreno y el clima», *Tijeretazos Sobre Malaria*, X,3, p. 164-178.
- GABALDÓN, A. (1948): «Conquista de la campaña antimalárica en Venezuela», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, XIII,3-4, p. 302-326.
- GABALDÓN, A. y BERTI, A. L. (1954): The first large area in the tropical zone to report malaria eradication: North-Central Venezuela, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 3, p. 793-804.
- GABALDÓN, A. y COVA-GARCÍA, P. (1946): «Zoogeografía de los anofelinos en Venezuela», *Tijeretazos Sobre Malaria*, 10(2).
- GABALDÓN, A. y PÉREZ de, G.G. (1946): «Mortalidad por malaria en Venezuela: I. Bases estadísticas y distribución geográfica», *Tijeretazos Sobre Malaria*, X,4, p. 191-236.
- GABALDÓN, A. (1946): «La división de malariología en 1946», *Tijeretazos Sobre Malaria*, X,2, p. 59-77.
- GABALDÓN, A. (1965): *Una política sanitaria, Tomos I-II*, Caracas, Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- GARCÍA-PERI, J. Ed. (1974): *Gran diccionario médico*, 6 Vols. Madrid.
- GIL FORTOUL, J. (1954): *Historia constitucional de Venezuela*, Tomos I-III, Caracas, Ministerio de Educación-Dirección de Cultura y Bellas Artes.
- GILMORE, R. L. (1964): *Caudillism and militarism in Venezuela, 1810-1910*, Athens, The Ohio State University Press.
- GOLDBERG, M. (1994): *La Epidemiología sin esfuerzo*, Madrid, Ediciones de Díaz Santos.
- GÓMEZ MARTÍN, M., y JIMÉNEZ BROBEIL, S.A. (2004): «La mortalidad en la sierra granadina de la Alfaguar, Alfacar y Víznar en siglo XIX, Granada, VII Congreso de la ADEH.
- GÓMEZ PADRÓN, F. (1950): «La mortalidad infantil en el área de Barquisimeto», *Unidad Sanitaria*, 19, p. 9-28.
- GOMEZ PADRÓN, F. y VILLALOBOS M., J. (1955): «La mortalidad por enfermedades del corazón en la ciudad de Maracaibo, 1940-1954». *Gaceta Médica de Caracas*, 63(7-11), p. 289-290.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1992): *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, Siglo XXI Editores.

- GÓMEZ, J.V. (1911): «Certificación de la muerte», *Gaceta Médica de Caracas*, 18,7-11, p. 53.
- GONZÁLEZ GUERRA, M. (1998): *Los estudios médicos en la Universidad Central de Venezuela a partir de 1891*. Caracas, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico-Universidad Central de Venezuela.
- GONZÁLEZ RINCONES, R. (1934): «Datos acerca de algunas fiebres de Venezuela. Tesis de doctorado publicada el 15 de noviembre de 1906», *Gaceta Médica de Caracas*, 41(12), p. 181-184.
- GONZÁLEZ GUINÁN, F. (1954): *Historia contemporánea de Venezuela, Tomos V- VI*, Caracas, Ediciones de Presidencia de la República de Venezuela.
- GONZÁLEZ RINCONES, P. (1944): «Estudios estadísticos sobre mortalidad por tuberculosis», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, IX, 6, p. 1431-1443.
- GONZÁLEZ RINCONES, R. (1945): «Tuberculosis», *Gaceta Médica de Caracas*, 53,14, p. 109-110.
- GONZÁLEZ V., C.L. (1944): «Contribución al estudio de la mortalidad infantil en San Cristóbal, Edo. Táchira», *Unidad Sanitaria*, III, 7-9, p. 198-211.
- GONZÁLEZ, C. L. (1950): «Progreso sanitario en Venezuela, 1946-1950». *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 15(6), p. 359-380.
- GONZÁLEZ, D., MARRUFO G, M. P. y ECARRI S, D. (2006): «Laceno Guerrero: Un sanitarista de siempre», *Comunidad y Salud*, 4(1).
- GOTTBERG, C. (1987): *Imagen y huella de Arnoldo Gabaldón*, Caracas, Publicaciones Intevep S.A.
- GOVERNMENT OF VENEZUELA (1893): *The United States of Venezuela in 1893*. New York, The Caxfon Press.
- GRANIER-DOYEUX, M. (1961): «El problema del alcoholismo en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 70,7-9, p. 327-362.
- GREENWOOD, M. (1932): *Epidemiology, historical and experimental. The Herter Lectures for 1931*, Baltimore, The John Hopkins Press.
- GREENWOOD, M. (1970-1971): *Epidemics crowd-diseases*, Londres, Ayer Co.
- GUEVARA, A. (1946): «El poliedro de la nutrición», *Cuadernos Amarillos, 1-3, XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.
- GUITERAS, J. (1917): «Informe sobre la fiebre amarilla en Venezuela en 1916», *Gaceta Médica de Caracas*, 24(24), p. 231-241.
- GUTIÉRREZ, A. T. (1998): *Tiempos de guerra y paz. Arnoldo Gabaldón y la investigación sobre la malaria en Venezuela (1936-1990)*. Caracas, CEDES, Editorial Melvin.
- HAESER, H. (1845): *Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der Volkskrankheiten*, Berlín.

- HAESER, H. (1882): *Geschichte der Epidemischen Krankheiten*, Jena: Erste Abtheilung.
- HECKER, J.F.K. (1832): *Der schwarze Tod im Vierzehnten Jahrhundert*. Berlin. .
- HECKER, J.F.K. (1832): *Die Tanzwuth, eine Volkskrankheiten in Mittelarter*. Berlin.
- HECKER, J.F.K. (1834): *Der Englische Schweiss, ein arstliecher Beistrag zur Geschichte des 15ten und 16ten Jahrhunderts*. Berlin. 1834.
- HENRY, L. (1983): *Manual de demografía histórica*, Barcelona, Editorial Crítica.
- HERNÁNDEZ FERRER, F.I. (2003): *Tesis doctoral: análisis epidemiológico de la mortalidad en Cartagena (1871-1935) y semántico-documental de las expresiones diagnóstica*, Murcia, Universidad de Murcia, Departamento de Ciencias Sociosanitarias.
- HERNÁNDEZ GÓMEZ, J. G. (1934): «Ligeras consideraciones acerca del síndrome febril ictero-hemoglobinúrico en el Estado Anzoátegui», *Gaceta Médica de Caracas*, 41(12), p. 372-375.
- HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, F. (2005): *Historia de Valle de la Pascua: En los Llanos de Guárico (1725-2000)*, Caracas: Miguel Ángel García e Hijos, S.R.L
- HERRERA VEGAS, A. (1901):« Boletín sanitario de la ciudad de Caracas en el mes de junio de 1901», *Gaceta Médica de Caracas*, 8(13), p. 100-103.
- HERRERA VEGAS, A. (1901):« Estadísticas de mortalidad y demográfica de la ciudad», *Gaceta Médica de Caracas*, 8(11), p. 87.
- HERRERA VEGAS, A. (1901):« Higiene de la alimentación en Caracas», *Gaceta Médica de Caracas*, 8(10), p. 76-78.
- HERRERA VEGAS, A. (1903):« Tuberculosis en Caracas. Sus causas. Sus efectos. Manera de combatirla», *Gaceta Médica de Caracas*, 10(14), p. 105-109.
- HERRERA VEGAS, A. (1903):« El tétanos infantil», *Gaceta Médica de Caracas*, 10(17), p. 139.
- HERRERA VEGAS, A. (1904):« Informe sanitario y demográfico de 1903», *Gaceta Médica de Caracas*, 11(7), p. 67-70.
- HERRERA VEGAS, A. (1904):« Informe sanitario y demográfico de 1903», *Gaceta Médica de Caracas*, 11(8), p. 75-82.
- HERRERA VEGAS, A. (1904):« Proyecto de reglamento para establecer en Venezuela La Liga contra la Tuberculosis », *Gaceta Médica de Caracas*, 11(20), p. 171-175.
- HERRERA VEGAS, A. (1905): « El tétanos infantil», *Gaceta Médica de Caracas*, 10(17), p. 119.
- HERRERA VEGAS, A. (1937): «Problemas nacionales. La Tuberculosis», *Gaceta Médica de Caracas*, 44(1), p. 1-8.
- HILL, R. B. (1928): «El paludismo en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*. 35(23), p. 353-359.

- HILL, R. B. (1929): «Anquilostomiasis en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 36(2), p. 17-19.
- HIRSCH, A. (1883): *Handbook of Geographical and Historical Pathology*, London, New Sydenham.
- HOLLINGSWORTH, T. H. (1983): *Demografía histórica*. México D.F., Editorial Fondo de Cultural Económica.
- HOWE, G.M. Ed. (1977): *A World Geography of Human Diseases*, London, Academic Express.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (VARIAS FECHAS): Censos de la Población de Venezuela, Caracas, Instituto Nacional de Estadística (INE).
- ITURBE, J. M. (1904): *Contribución al estudio de la fiebre amarilla en Venezuela. Tesis de doctorado*. Caracas, sn.
- IZARD, M. (1970): *Series de estadísticas para la historia de Venezuela*. Mérida, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, Universidad de los Andes.
- IZQUIERDO CARRASCO, F. (2002): *La mortalidad en Cabra durante el período de Restauración 1875-1924*, Córdoba, Ayuntamiento de Cabra.
- JACIR, A.J. (1974): «Accidentes de tránsito terrestre como problema de salud pública», *Gaceta Médica de Caracas*, 82,7-9, p. 385-396.
- JAFFÉ, R. (1943): «Enfermedades degenerativas, inclusive las cardiovasculares y el cáncer», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 8(1), p. 109-129.
- JAFFE, W. (1946): «Estudios de nutrición», *Cuadernos Amarillos*, 8-16, XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Caracas, Editorial Grafolit.
- JAHN, E. (1997): «El pasado de la medicina en Guayana», *Gaceta Médica de Caracas*, 105(1), p. 4-7.
- LANDAETA, H. (1923): «Geografía médica de Guárico», *Gaceta Médica de Caracas*, 30(12), p. 182-190.
- LANDAETA, H. (1923): «Geografía médica de Guárico», *Gaceta Médica de Caracas*, 30(13), p. 197-202.
- LANDERS, J. (1992): «Historical epidemiology and the structural analysis of mortality», *Health Transition Review*, Supplementary Issue.
- LARES GABALDÓN, M., CARÍAS, R. y OSPINA, C. (1941): «Orientaciones para la historia de la sanidad en Venezuela», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 6(4), p. 534-586.
- LEÓN QUIJADA, J. A. (1966): *Valle de la Pascua, Su influencia regional*. Caracas, Encuadernación A.T.I.

- LERNER, M. (1973): «Modernization and health: A model of the health transition», Ponencia presentada en el *American Public Health Association Conference*, San Francisco.
- LIBRARY OF CONGRESS (1990): *A country study: Venezuela*, Washington, D.C., sn.
- LIEUWEN, E. (1965): *Venezuela*. London, Oxford University Press.
- LIVI BACCI, M. (1999): *The population of Europe: A history*. Oxford, Blackwell Publishing.
- LOMBARDI, J. V. (1982): *Venezuela: The search for order, the dream of progress*. New York, Oxford University Press.
- LÓPEZ, J. E. (1968): *Tendencias recientes de la población venezolana*. Mérida, Instituto de Geografía, Universidad de los Andes.
- LÓPEZ RAMÍREZ, T. (1987): *Historia de la escuela de malariología y saneamiento ambiental de Venezuela*. Caracas, Dirección General de Malariología y Saneamiento Ambiental, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- LÓPEZ GÓMEZ, J. R. (1988): *Historia médica del Estado Cojedes*. Caracas, Gobernación del Estado Cojedes. Miguel Ángel García e Hijos, S.R.L.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1990): *La historia de la medicina*. Madrid, Historia 16.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M. y TERRADA FERRANDIS, M.L. (1990): “La semántica documental en la investigación historicomédica”, *V Reunión de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, Salamanca.
- LÓPEZ RAMÍREZ, T. (1994): *Arnoldo Gabaldón. Biblio-Hemerografía*, Caracas, Fundación Polar.
- LOVERA, J. R. (1988): *Historia de la alimentación en Venezuela*. Caracas, Monte Ávila Editores.
- LUK, J., GROSS, P. y THOMPSON, W. W. (2001): «Observations on mortality during the 1918 influenza pandemic», *Clinical Infectious Diseases*, 33(8), p. 1375-1378.
- LLOPIS, J. M. (1965): *Luis Daniel Beaupérthuy: crónicas de una vida*. Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- MACHADO, G.H. (1950): «Factores sociales como causas comunes de mortalidad y abandono infantiles: Sus orígenes y sus consecuencias», *Gaceta Médica de Caracas*, 58(15-20), p. 209-244.
- MACKENBACH, J.P. (1994). «The epidemiologic transition theory», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:329-332.
- MALASPINA, EDGARDO (2004): *Historia de la medicina en el estado Guárico*, San Juan de los Morros, Concejo Nacional de la Cultura, Gráfica Los Morros, C.A.
- MARAVEN (1989): *Región los Llanos. Estados Apure y Guárico*. Caracas, Ediciones Maraven.

- MARFANY, J. (2005): Las crisis de mortalidad en una comunidad catalana, Igualada, 1680-1819, *Revista de Demografía Histórica*, Vol. 23, Nº 2, p. 13-42.
- MARSLAND, W. D. y MARSLAND, A. (1954): *Venezuela through its history*. New York, Thomas Y. Crowell Company.
- MARTÍNEZ MONLEÓN, F. (1992): *Los diagnósticos de causas de muerte en Vive, Nules y Moncófar durante el siglo XIX, Análisis semántico documental*, Tesis Doctoral, Valencia.
- MARTÍNEZ NAVARRO, J.F. (1978): *Tesis doctoral: epidemiología histórica de las enfermedades infecciosas en España (1901-1975)*, Valencia, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia.
- MATEO ALONSO, A. (1946): «Estudios sobre los cuadros clínicos más graves del paludismo», *Cuadernos Amarillos*, 21-25, *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.
- MAYER, M., PIFANO C., F. y MEDINA, R. (1946): «Aspectos epidemiológicos de la enfermedad de Chagas en Venezuela», *Cuadernos Amarillos*, 26-30, *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.
- MCKEOWN, T. (1976): *The modern rise of population*, New York, Academic Press.
- MCKEOWN, T. y LOWE, C.R. (1966): *An introduction to social medicine*, Oxford, Blackwell Scientific Publications..
- MCNEILL, W. (1998): *Plagues and people*, New York, Anchor Books.
- MEDINA GONZÁLEZ, L. ET AL. (1994): «Mortalidad neonatal durante el año 1989», *Gaceta Médica de Caracas*, 102, p. 57-65.
- MEDINA JIMÉNEZ, R. (1921): «El paludismo en el Estado Zamora», *Gaceta Médica de Caracas*, 28(23), p. 351-365.
- MEJÍA, A. (1942): «¿Cuántos sífilíticos hay en Venezuela?», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, VII, 5, p. 745-749.
- MEJÍA, A. (1960): *Trabajo de medicina social venezolana*, Caracas, Publicaciones de la Dirección de Cultura de la Universidad Central de Venezuela.
- MEJÍAS, F. (1961): «Estado actual del abastecimiento de agua y de los desagües cloacales y pluviales en poblaciones de más de 5.000 habitantes», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 26(2), p. 137-163.
- MÉNDEZ CASTELLANO, H (1996): «Mortalidad», *Gaceta Médica de Caracas*, 104, p. 112-121.
- MINISTERIO DE AGRICULTURA Y CRÍA (1930): *La sanidad en Venezuela 1909-1930*. Caracas: Ministerio de Agricultura y Cría.
- MINISTERIO DE FOMENTO (1877): *Anuario estadístico de Venezuela, año 1877*, Caracas, Imprenta Nacional.

MINISTERIO DE FOMENTO (1896): *Anuario estadístico de los Estado Unidos de Venezuela, año 1894*, Caracas, Imprenta Nacional.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA. (1875): *Apuntes estadísticos del Estado Guárico*, Caracas, Imprenta Federal.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS (1875): *Apuntes estadísticos del Estado Carabobo*. Caracas, Imprenta Federal.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS (1876): *Apuntes estadísticos del Estado Guayana*. Caracas, Imprenta de « La Opinión Nacional».

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1905): *Anuario estadístico de Venezuela, Año1904*, Caracas, Imprenta Federal.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1910): *Anuario estadístico de Venezuela - 1908*, Caracas, Imprenta Federal.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1911): *Anuario estadístico de Venezuela - 1909*, Caracas, Imprenta Federal.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1913): *Anuario estadístico de Venezuela - 1910*, Caracas, Imprenta Federal.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1912): *Anuario estadístico de Venezuela - 1911*, Caracas, Imprenta Federal.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1940): *Anuario estadístico de Venezuela - 1938*, Caracas, sn.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1940): *Anuario estadístico de Venezuela - 1939*, Caracas, sn.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1941): *Anuario estadístico de Venezuela - 1940*, Caracas, Tipografía Venezuela.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1942): *Anuario estadístico de Venezuela - 1941*, Caracas, Tipografía Venezuela.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1943): *Anuario estadístico de Venezuela - 1942*, Caracas, Editorial Grafolit C.A.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1944): *Anuario estadístico de Venezuela - 1943*, Caracas, Editorial Grafolit C.A.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1945): *Anuario estadístico de Venezuela - 1944*, Caracas, Editorial Grafolit C.A.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1947): *Anuario estadístico de Venezuela - 1945*, Caracas, Editorial Grafolit C.A.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1948): *Anuario estadístico de Venezuela - 1946*, Caracas, Editorial Grafolit C.A.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1949): *Anuario estadístico de Venezuela - 1947*, Caracas, Tipografía La Torre.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1950): *Anuario estadístico de Venezuela - 1948*, Caracas, Tipografía La Torre.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS NACIONALES (1952): *Anuario estadístico de Venezuela - 1949*, Caracas, Tipografía Americana.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS NACIONALES (1953): *Anuario estadístico de Venezuela - 1950*, Caracas, Tipografía Americana.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS NACIONALES (1954): *Anuario estadístico de Venezuela - 1951*, Caracas, Editorial Bello Monte C. A.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS NACIONALES (1955): *Anuario estadístico de Venezuela - 1952*, Caracas, Gráfica Americana.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS NACIONALES (1956): *Anuario estadístico de Venezuela - 1953*, Caracas, Gráfica Americana.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS NACIONALES (1957): *Anuario estadístico de Venezuela - 1954*, Caracas, Gráfica Americana.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS NACIONALES (1961): *Anuario estadístico de Venezuela - 1955-1956*, Caracas, Gráfica Americana.

MINISTERIO DE FOMENTO-DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS NACIONALES (1964): *Anuario estadístico de Venezuela - 1957-1963, Tomos I-II*, Caracas, sn.

MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD (1931): «La sanidad en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 38(6), 91-96.

MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD (1932): «Memoria del Despacho del Ministerio de Salubridad e Higiene», *Gaceta Médica de Caracas*, 39(12):181-183.

MINISTERIO DE HIGIENE, SALUBRIDAD Y AGRICULTURA Y CRÍA (1931): «Servicio de Anquilostomosis- Informe sobre las actividades de la Fundación Rockefeller en Venezuela, durante el año 1930.», *Gaceta Médica de Caracas*, 38(9), 137-140.

MINISTERIO DE RELACIONES INTERIORES (1873): Censo del Estado Guárico, Caracas, sn.

MINISTERIO DE RELACIONES INTERIORES (1874): Estado Guárico. Movimiento de su población en los años de 1874, 1875 y primer semestre de 1876, Caracas, sn.

MINISTERIO DE RELACIONES INTERIORES (1881): Segundo censo de la república. Estado Guárico, Caracas, sn.

MINISTERIO DE RELACIONES INTERIORES (1930): «Memoria del Ministerio de Relaciones Interiores-Sanidad», *Gaceta Médica de Caracas*, 37(8), p. 118-125.

MINISTERIO DE SALUBRIDAD Y DE AGRICULTURA Y CRÍA (1930): *La sanidad en Venezuela, 1909-1930*. Caracas, Editorial Élite, Lit. y Tip. Vargas. .

MINISTERIO DE SALUBRIDAD Y DE AGRICULTURA Y CRÍA (1931): «La sanidad en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 38(6), p. 91-96.

MINISTERIO DE SALUBRIDAD Y AGRICULTURA Y CRÍA (1932): « Organización del Ministerio de acuerdo con la nueva Ley de Sanidad Nacional y su Reglamento.», *Gaceta Médica de Caracas*, 39(11), p. 169-172.

MINISTERIO DE SALUBRIDAD Y AGRICULTURA Y CRÍA (1933): «Informe anual del Servicio de Anquilostomiasis- 1932», *Gaceta Médica de Caracas*, 40(21), p. 300-308.

MINISTERIO DE SALUBRIDAD Y AGRICULTURA Y CRÍA (1933): «Memoria del Despacho del Ministerio de Higiene y Salubridad y Agricultura y Cría-Higiene Pública», *Gaceta Médica de Caracas*, 40(9), p. 121-128.

MINISTERIO DE SALUBRIDAD Y DE AGRICULTURA Y CRÍA (1933): «Informe sobre anquilostomiasis en los pueblecitos de Marín y San Javier», *Gaceta Médica de Caracas*, 40(19), p. 279-280.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1941): *Anuario de epidemiología y estadística vital, Año 1940*, Caracas, Litografía y Tipografía del Comercio.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1953): *Anuario de epidemiología y estadística vital, Año 1950, Tomo II*, Caracas, sn.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1963): *Anuario de epidemiología y estadística vital, Año 1961, Tomo II-III*, Caracas, sn.

MONROY PITTALUGA, F. (1949): *Cazorla: Contribución a la geografía médico-sanitaria de Venezuela*. Caracas, Tipografía Garrido.

MONTBRUN, F. (1998): «Mortalidad 1940-1995», *Gaceta Médica de Caracas*, 106, p. 197-200.

MORA, J. J. (2008): «La derrota del paludismo en Venezuela», http://www.juanjosemora.com/verarticulo.asp?id_articulo=98

MORADIELLOS, E. (1992): *Las caras de Clío. Introducción a la historia y a la historiografía*, Oviedo, Servicios de Publicaciones, Universidad de Oviedo.

MORÓN, G. (1979): *Breve historia de Venezuela*. Madrid, Editorial Espasa-Calpe.

NAVARRO LAGUARTA, L. (1968): *La Mortalidad en la ciudad de Zaragoza durante un siglo (1861-1960)*, Zaragoza, Instituto “Fernando El Católico”.

NESBITT, L. M. (1936): *Desolate marches; travels in the Orinoco Llanos of Venezuela*. New York, Harcourt, Brace & Co.

NEWMAN, P. (1977): «Malaria and mortality», *Journal of the American Statistical Association*, Vol. 72, No. 358 (Jun., 1977), p. 257- 263.

NIETO CAICEDO, M. (1946): «Epidemia regional de malaria en la cuenca del Lago de Maracaibo», *Cuadernos Amarillos*, 21-25, *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.

NOTESTEIN, F. W. (1945): «Population — The Long View», en Theodore W. Schultz, Ed., *Food for the World*. Chicago, University of Chicago Press.

NOVOA MONTERO, D. (1974): *Apuntes para la historia de la medicina en Venezuela, Tomo I*. Mérida, Venezuela, Facultad de Medicina-Universidad de los Andes.

NOVOA MONTERO, D. (1983): «*Chagas disease and chronic myocardiopathy: an epidemiological study of four rural venezuelan communities*», Tesis Doctoral, John Hopkins University.

NÚÑEZ TOVAR, M., SCHARFFENORTH, M., SERRES PADILLA, A. y HULETT PLAZ, J. J. (1912): «El Paludismo en el Estado Monagas», *Gaceta Médica de Caracas*, 19(19), p. 171-177.

OMRAN, A. R. (2005): «The epidemiologic transition; a theory of the epidemiologic transition of population change», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83, 4, p. 731-757.

ORELLANA, D. (1942): La mortalidad infantil en San Juan de los Morros durante el sexenio 1936-1941, *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 7(6), p. 893-916.

OROPEZA, P., e IRAZÁBAL, P. (1944): *La mortalidad infantil en Caracas desde 1938 a 1942. Las diarreas y enteritis. Su etiología*. Caracas, Editorial Grafolit.

OROPEZA, P., CUIEL, D. y MENDOZA, E.S. (1946): «La mortinatalidad y la mortalidad neonatal en Caracas. El problema del prematuro y su patología. Contribución al estudio de la patología del recién nacido», *Cuadernos Amarillos*, 21-25, *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.

OROPEZA, P. (1960): «La gastroenteritis, primera causa de muertes infantiles», *Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia*, XXV, 2-3, p. 52-56.

OROPEZA, P. (1960): «Un programa de lucha contra la mortalidad infantil», *Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia*, XXV, 2-3, p. 49-52.

ORTA CABRERA, R. (2002): «Mortalidad prematura en Venezuela 1970-1995», *Gaceta Médica de Caracas*, 110, p. 54-64.

ORTEGA, D. B. (1921): «Paludismo», *Gaceta Médica de Caracas*, 28(23), p. 345-349.

OSORIO ÁLVAREZ, E. A. (1985): *Geografía de la población venezolana*. Caracas, Editorial Ariel-Seix Barral Venezolana.

OSUNA, A. (1946): «La difteria en Caracas durante el quinquenio 1941-1945», *Cuadernos Amarillos*, 8-16, *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.

OXFORD, E. (1939): *Geografía médica del Yuruary y la fiebre amarilla en Upata*. Ciudad Bolívar: sn.

PACHECO HELLAL, E. (1986): *El aborto en Venezuela-problema de salud pública: expresión de la desigualdad social*. Caracas, Fondo Editorial Carlos Aponte.

PACHECO, E. (1984): *De Castro a López Contreras*. Caracas, Editorial Domingo Fuentes y Asociados.

PÁEZ CELIS, J. (1987): «Consideraciones acerca de la calidad de los datos en Venezuela», en *Estado actual de los estudios de la población en Venezuela*, Caracas, Universidad Católica Andrés Bello.

PARDO CAYOSO, J. (1946): «Profilaxia de la sífilis congénita en Trujillo (Venezuela) 1941-1945», *Cuadernos Amarillos*, 21-25, *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.

PARDO, I. J. (1941): «Índice de tuberculización en Venezuela», *Revista de Sanidad y Asistencia*, 6(1), p. 197-236.

PATTERSON, K.D. (1986). *Pandemic influenza, 1700-1900. A study in historical epidemiology*, Totowa, New Jersey, Rowman & Littlefield.

PEÑA, V. (1908): «La fiebre amarilla en Zaraza», *Gaceta Médica de Caracas*, 15(16), p. 121-122.

PEÑA, V. (1912): *Cartilla anti-palúdica*. Zaraza, Tipografía de El Unare.

PEÑA, V. (1934): «Hemoptisis», *Gaceta Médica de Caracas*, 41, 14, p. 223-224.

PEÑA, V. (1934): «Sífilis», *Gaceta Médica de Caracas*, 41, 18, p. 273-274.

PERERA, A. (1951): *Historia de la medicina en Venezuela*, Caracas, Imprenta Nacional.

PÉREZ CARREÑO, L. (1921): Paludismo en el Estado Carabobo, *Gaceta Médica de Caracas*, Caracas, 28, 22, p. 335-339.

PÉREZ FRONTADO, A. (1908): «Nota acerca de una epidemia que reina actualmente en algunas poblaciones del Llano», *Gaceta Médica de Caracas*, 15(7), p. 52-54.

PÉREZ GUEVARA, L. R. (1998): *El ayer de la princesa*. San Juan de los Morros, Editorial Cultura.

PÉREZ MOREDA, V. (1980): *Las crisis de mortalidad en la España Interior (Siglos XVI-XIX)*, Madrid, Siglo Veintiuno Editores.

PÉREZ MOREDA, V. y REHER, D.S. (1988): «La demografía histórica en España: Una evaluación crítica», en «*Demografía histórica en España*», Madrid, Ediciones El Arquero.

PÉREZ PUCHAL, P. (1973): «Fuentes y Métodos de la Demografía Histórica». *Estudios Geográficos*, XXXIII, 130, p. 26.

PIFANO, F.R., BERTI, A.L., GABALDÓN, A. y DÍAZ VÁSQUEZ, L. (1960): «La enfermedad de Chagas», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, XXV, 2-3, p. 57-60.

- PINEDA NÚÑEZ, L.F (2003): «La mortalidad en los Santos de Maimona en los dos últimos siglos», *Revista de Estudios Extremeños*, Vol. 59, Nº 1, p. 93-117.
- PINO POU, R. (1927): «Notas sobre la geografía médica de Venezuela. Enfermedad de Chagas en Barinitas», *Gaceta Médica de Caracas*, 34(5), p. 65-66.
- PLAZA IZQUIERDO, F. (2002): «Efemérides médicas de Venezuela y días estelares», *Gaceta Médica de Caracas*, 110(1), p. 84-96.
- PLAZA IZQUIERDO, F. y PLAZA RIVAS, F. (2001): «Luis Razetti y su época», *Gaceta Médica de Caracas*, 109(2), p. 229-236.
- PORTA, M (ed.). (2008): *A dictionary of epidemiology*, Oxford, University Press.
- PRESSAT, R. (1967): *El análisis demográfico: Métodos, resultados, aplicaciones*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- PRESSAT, R. (1985): *Introducción a la demografía*, Barcelona, Editorial Ariel.
- PRÍNCIPE, A. (1955): «Evolución de la fisiología en Venezuela en el período 1926-1955», *Gaceta Médica de Caracas*, 63,7-11, p. 294-297.
- PURROY TERÁN, R. (1961): «Breve contribución al estudio de la mortalidad infantil en Valera (Quinquenio 1955-1959)», *Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social*, XXVI,4, p. 798-807.
- QUINTERO GARCÍA, P. (1988): *Historia médica del Estado Portuguesa*, Caracas, Ediciones del Congreso de la República.
- RAMÍREZ GONZÁLEZ, A. (1945): «La mortalidad infantil en Tovar durante el sexenio 1938-1943», *Unidad Sanitaria*, IV, p. 4-6.
- RANGEL, D. A. (1975): *Los andinos en el poder: balance de historia contemporánea, 1899-1945*. Valencia (Venezuela), Yadell Hermanos.
- RAVELO CELIS, J.A. (2001): «Mortalidad», *Gaceta Médica de Caracas*, 109, p. 389-417.
- RAZETTI, L. (1896): «Sobre un caso de enfermedad azul», *Gaceta Médica de Caracas*, 4(10), p. 76.
- RAZETTI, L. (1898): «Sobre el tratamiento del Mal de Pott y en especial la reducción de la gibosidad potticas por el método de Calot », *Gaceta Médica de Caracas*, 6(9), p. 75-78.
- RAZETTI, L. (1911): *Saneamiento de la Ciudad de Caracas*. Caracas, Tipografía Americana.
- RAZETTI, L. (1916): «La mortalidad operatoria», *Gaceta Médica de Caracas*, 23(3), p. 17-21.
- RAZETTI, L. (1922): «Censo médico de Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 29 (9), p. 103-112.
- RÍSQUEZ, F.A. (1893): «Malaria», *Gaceta Médica de Caracas*, 1,18, p. 105-106.

- RÍSQUEZ, F.A. (1893): «Sífilis», *Gaceta Médica de Caracas*, 1,5, p. 37-39.
- RÍSQUEZ, F. A. (1894): «Paludosas o tifoideas», *Gaceta Médica de Caracas*, 1(18), p. 105-106.
- RÍSQUEZ, F. A. (1899): «La fiebre tifoidea en Caracas», *Gaceta Médica de Caracas*, 7(8), p. 57-60.
- RÍSQUEZ, F.A. (1902): «Tuberculosis», *Gaceta Médica de Caracas*, 9,12, p. 90-92.
- RÍSQUEZ, F.A. y VELÁSQUEZ, C. M. (1912): «El paludismo en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 19(14), p. 117-124.
- RÍSQUEZ, F.A. y VELÁSQUEZ, C. M. (1912): «El paludismo en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 19(15), p. 127-133.
- RÍSQUEZ, F.A. y VELÁSQUEZ, C. M. (1912): «El paludismo en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 19(17), p. 153-168.
- RÍSQUEZ, F. A. (1918): «Evolución de la medicina venezolana en los últimos 25 años», *Gaceta Médica de Caracas*, 25(8), p. 79-85.
- RÍSQUEZ, F. A. (1919): «La epidemia de 1918 en Caracas», *Gaceta Médica de Caracas*, 26(2), p. 13-17.
- RÍSQUEZ, F. A. (1921): «Geografía médica de Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 28(23), p. 187-208.
- RÍSQUEZ, F. A. (1925): «Sobre geografía médica de Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 32(16), p. 253-254.
- RÍSQUEZ, J. R. (1935): «Contribución al estudio bacteriológico de la meningitis cerebro espinal en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 42(6), p. 90-96.
- RÍSQUEZ, F.A. (1936): «Paludismo», *Gaceta Médica de Caracas*, 43,21, p. 326-332.
- RÍSQUEZ, F.A. (1936): «Tuberculosis», *Gaceta Médica de Caracas*, 43,22, p. 340-341.
- RÍSQUEZ, F. A. (1937): «Demografía médica e higiene. Certificado de defunción», *Gaceta Médica de Caracas*, 44(1), p. 71-72.
- RÍSQUEZ, J. R. (1939): «La malaria en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 46(1), p. 3-4.
- RÍSQUEZ, J. R. (1939): «Tifus exantemático en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 47(16), p. 343-344.
- ROBLES GONZÁLEZ, E., BERNABEU MESTRE, J. y BENAVIDES, F. G. (1996): «La transición sanitaria: una revisión conceptual», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV, I, p. 117-144.
- RODRÍGUEZ R., J.M. (1940): «Mortalidad infantil por causas congénitas», *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, 5(4), p. 144-159.

RODRÍGUEZ RIVERO, P. D. (1924): *Epidemias y sanidad en Venezuela*. Caracas, Tipografía Mercantil.

RODRÍGUEZ RIVERO, P.D. (1931): *Historia médica de Venezuela hasta 1900*, Caracas, Parra León Hermanos Editores.

RODRÍGUEZ, J. A. (2001): «Viajeros alemanes a Venezuela en el siglo XIX», *Jahrbuch für Geschichte Lateinamerikas* 38. Böhlau Verlag Köln/Weimar/Wien.

RODRÍGUEZ, M.A. (1972): *La estadística en la historia de Venezuela*, Caracas, Ediciones “Centenario Dirección General de Estadística y Censos Nacionales”, Ministerio de Fomento.

ROGERS. F.B. (1963): «Historical epidemiology», *Journal of Public Health*, vol. 53, 10, p. 1694-1696.

ROMERO LOBO, F. (1993): *Historia de la medicina en el Estado Táchira*. Caracas, Biblioteca Nacional de Autores y Temas Tachirenses.

ROMERO, F.F. (1972): «Paludismo», *Gaceta Médica de Caracas*, 80,1-2, p. 59-70.

RUBÍN ZAMORA, L. (1974): *Diccionario biográfico cultural del Estado Guárico*. Caracas, Gráficas Herpa.

RUBÍN ZAMORA, L. (1978): *Las tres etapas de Valle de la Pascua*, Caracas, Talleres de Hijos de Ramiro Paz S.R.L.

RUSSELL, P.F. (1952). The eradication of malaria, *Scientific American*, 186(6), p. 22-25.

SAINZ OTERO, A.M (2007): *Tesis doctoral: la mortalidad en Cádiz (1923-1939)*, Cádiz, Universidad de Cádiz, Escuela Universitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública.

SALCEDO-BASTARDO, J.L. (1972): *Historia fundamental de Venezuela*, Cuarta Edición Revisada, Caracas, Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela.

SANABRIA BRUZUAL, J. (1923): «Reflexiones acerca de algunos problemas de la medicina social», *Gaceta Médica de Caracas*, 30(21), p. 321-328.

SÁNCHEZ BECERRA, H. (1937). «Principales factores de la mortalidad infantil». *Gaceta Médica de Caracas*. 44(20), p. 312-315.

SÁNCHEZ PÉREZ, R. (1946): «Algunos aspectos de la lucha antisifilítica en los dispensarios antivenéreos de Caracas», *Cuadernos Amarillos*, 8-16, XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Caracas, Editorial Grafolit.

SANZ GIMENO, A. (1999): *La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográficos-sanitarios en los siglos XIX y XX*, Madrid, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.

SAUERTEIG, E. y VAVKEN, E. (1961): «Sobre las causas de muerte de recién nacidos prematuros, lactantes y niños menores en el Hospital Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar», *Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social*, XXVI,4, pp. 784-791.

- SCOTT, H.H. (1942): *A history of tropical disease*, Baltimore, Williams & Wilkins.
- SCOTT, S., DUNCAN, S.R. y DUNCAN, C.J (1995): «Infant mortality and famine: a study of historical epidemiology in Northern England», *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, p. 245-252.
- SCHOFIELD, R. S. y REHER, D. S. (1994): «El descenso de la mortalidad en Europa», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 12(1), p. 9-32.
- SHELLEY HERNÁNDEZ, R.D. (1936): «El certificado de defunción», *Boletín del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, I, p. 93-96.
- SIGERIST, H.E. (1943): *Civilization and disease*, Chicago, The University of Chicago Press.
- SILVA ÁLVAREZ, A. (1970): *Pablo Acosta Ortiz (1864-1914) Un mago del bisturí*. Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- SILVA ÁLVAREZ, A. (1985): *Situación médico-sanitaria de Venezuela durante La época del Libertador*. Caracas, s.n.
- SISO MARTÍNEZ, J.M. (1965): *Historia de Venezuela*. Séptima Edición, Caracas, Editorial Yocoima.
- SMITH A. y SOTO, V. R. (1921): «Disentería en Coro», *Gaceta Médica de Caracas*, 28(24), p. 372-375.
- SOTO ARBELÁEZ, M. (2004): *El Guárico oriental*. Vol. II. Caracas, Miguel Ángel García e Hijos S.R.L.
- SOTO ARBELÁEZ, M. (2012) *Los médicos del Oriente del Guárico Siglo XIX e inicios del XX*. Caracas, *sn*.
- SOTO ARBELÁEZ, M. (2012): *Los primeros médicos que ejercieron en Valle de la Pascua y en la región geográfica de Infante*. Caracas, *sn*.
- STICKER, G. (1908-10): *Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehren*, 2 vols., Giessen.
- STOLNITZ, G. (1965): «Recent mortality trends in Latin America, Asia and Africa: review and re-interpretation», *Population Studies*, 19(2), p. 117-138.
- SUÁREZ, J. (1980): *Historia y valores de Valle de La Pascua*. San Juan de los Morros (Venezuela), Editorial de los Llanos.
- SUÁREZ, L. A. (1998): «José Francisco Torrealba (1896-1973): el sabio y el investigador», *Gaceta Médica de Caracas*, 106(1), p. 103-106.
- TAMAYO, F. (1987): *Los Llanos de Venezuela*. Caracas, Monte Ávila Editores.
- TEJERA, E. (1914): «Anquilostomiasis en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 21(20): p. 212-215.

- TEJERA, E. (1914): «Anquilostomiasis en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 21(22): p. 229-232.
- TEJERA, E. (1914): «Anquilostomiasis en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 21(23): p. 236-238.
- TEJERA, E. (1935): «La sanidad en Venezuela», *Gaceta Médica de Caracas*, 43(22), p. 341-345.
- TEJERA, M. (1875): *Venezuela pintoresca e ilustrada: Relación histórica (desde el descubrimiento de la América hasta 1870.) geográfica, estadística, comercial e industrial; usos costumbres y literatura nacional, Tomo I*. París, Librería Española de Denné Schmitz.
- THOMPSON, W. S. (1929): «Population», *American Journal of Sociology*, 34 (6), p. 959–975.
- TORO, E. (1897): «Mortalidad en Caracas. Influencias meteorológicas. Lluvias. Temperatura media. Vientos. Impaludismo.», *Gaceta Médica de Caracas*, 5(5), p. 34-37.
- TORREALBA, J. F. (1932): «Breves notas para el estudio de algunos parásitos intestinales en Zaraza y otras poblaciones de Guárico y Anzoátegui», *Gaceta Médica de Caracas*, 39(23), p. 355-358.
- TORREALBA, J. F. (1933): «El primer caso de tripanosomosis americana diagnosticado en el Estado Guárico por el examen directo de la sangre», *Gaceta Médica de Caracas*, 41(12), p. 275-279.
- TORREALBA, J. F. (1935): «Apuntes para el estudio de las formas clínicas del cáncer en el Distrito Zaraza», *Gaceta Médica de Caracas*, 42(11), p. 165-167.
- TORREALBA, J. F. (1935): «Enfermedad de Chagas», *Gaceta Médica de Caracas*, 42(11), p. 373-378.
- TORREALBA, J. F. (1943): «Breves notas clínicas y parasitológicas de la Epidemia de Paludismo de 1941 en el Distrito Zaraza», *Gaceta Médica de Caracas*, 50(2), p. 21-24.
- TORREALBA, J.F. (1943): «Paludismo de 1911 en el Distrito Zaraza», *Gaceta Médica de Caracas*, 50, 2, p. 21-24.
- TORREALBA, J. F. (1949): «Otros casos de Enfermedad de Chagas comprobados en San Juan de los Morros: dos agudos y dos crónicos cardíacos», *Gaceta Médica de Caracas*, 57(19-24), p. 179-187.
- TORREALBA, J.F. (1949): «Otros casos de Enfermedad de Chagas comprobados en San Juan de los Morros: dos agudos y dos crónicos cardíacos», *Gaceta Médica de Caracas*, LVII, 19-24, p. 179-187.
- TORRENTS, A. (1996): «La transición epidemiológica en la Cataluña rural: Sant Pere de Riudebitlles», 1880-1935, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV, II, p. 173-200.
- TOVAR, R. A. (1968): *La población de Venezuela*. Caracas, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Instituto de Investigaciones.

- USLAR PIETRO, A. (1986): *Medio milenio de Venezuela*. Caracas, Cuadernos Lagoven.
- VALLADARES, R. (1960): «Desarrollo de la lucha antituberculosa en Venezuela», *Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social*, XXV, 2-3, p. 61-106.
- VÉLEZ BOZA, F. (1961): «Estudio de la mortalidad por mal formaciones congénitas en Venezuela durante el decenio 1950-1959», *Gaceta Médica de Caracas*, 70(10-12), p. 483-515.
- VÉLEZ BOZA, F., PINEDA, A., CONTRERAS, A. y GONZÁLEZ, M. (1965): «Evolución de la nutrición en Venezuela de 1940-1964», *Gaceta Médica de Caracas*, 73(7-9), p. 269-316.
- VENEZUELA VIRTUAL (2006): MiPunto.com. Valle de La Pascua.
<http://www.mipunto.com/venezuelavirtual/000/002/019/005/001.html>. Consulta: 22 de agosto de 2006.
- VERA BOLAÑOS, M.G. (1999).« La teoría de la transición epidemiológica», *Documentos de Investigación*, El Colegio Mexiquense, A.C., Zinacantepec, México.
- VILA, M. A. (1965): *Aspectos geográficos del Estado Guárico*. Caracas, Corporación Venezolana de Fomento.
- VILA, M. A. (1970): *Una geografía humano-económica de la Venezuela de 1873*. Caracas, Ministerio de Fomento-Dirección General de Estadísticas y Censos Nacionales.
- VILLALOBOS CAPRILES, T. (1982): «Paludismo», *Gaceta Médica de Caracas*, 90,1-3, p. 53-69.
- VILLAVICENCIO, R. (1877). *La república de Venezuela bajo el punto de vista de la geografía y topografía médicas y de la demografía*. Caracas, Alfredo Rothe, Editor, Imprenta de Alfredo Rothe.
- VILLEGAS RUIZ, J. D. (1901): «Sobre la hemoptisis», *Gaceta Médica de Caracas*, 8(20), p. 153-157.
- VILLEGAS RUIZ, J. D. (1921): «Cómo debe ser protegida la primera infancia para combatir eficazmente nuestra alarmante mortalidad infantil!», *Gaceta Médica de Caracas*, 28(24), p. 153-159.
- VILLEGAS RUIZ, J. D. (1925): «Bases para el pronóstico de la debilidad congénita; y futuro de los débiles que sobreviven», *Gaceta Médica de Caracas*, 32(14), p. 210-214.
- VILLEGAS RUIZ, J.D. (1921): «Mortalidad infantil», *Gaceta Médica de Caracas*, 28,24, p. 367-372.
- VILLEGAS RUIZ, J.D. (1926): «Tuberculosis», *Gaceta Médica de Caracas*, 33,2, p. 17-19.
- VIZCARRONDO, J. A. (1921): Disentería bacilar en Venezuela. Indicaciones terapéuticas, *Gaceta Médica de Caracas*, 28(24), p. 375-376.

WANNONI L., L. (1946): «Contribución al estudio del problema del saneamiento en Venezuela», *Cuadernos Amarillos*, 26-30, *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*, Caracas, Editorial Grafolit.

WRIGLEY, E. A. (1994): *Historia y población. Introducción a la demografía histórica*. Barcelona, Editorial Crítica.

YANES OLAVARRIETA, M. (1938): *Apuntes sobre sanidad regional en el Distrito Infante, Estado Guárico*. La Pascua, Tipografía Guariqueña.

YANES, E. A. (1926): «Medicina en la Capitanía General de Venezuela», *Gaceta Médica de Venezuela*, 33(13), p. 200-203.

YEN, C., y PICOUET, M. (1979). *Dinámica de la población: Caso de Venezuela*, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.

YÉPEZ COLMENARES, G. Editor. (1998): *Historia de la salud en Venezuela*. Caracas, Fondo Editorial Tropykos.

ZULUETA R., A.M. (1994): «La lepra. Evolución histórica, epidemiología y medidas de control», *Dermatología Venezolana*, 32, 4, p. 1-10.

ZÚÑIGA CISNEROS, M. (1955): *Geografía Médica de Venezuela*, Caracas, Prensa Médica Venezolana.

ANEXOS

Anexo 1. Primera Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900). (Comisión Internacional de Estadística, París, 1900)

I. ENFERMEDADES GENERALES

1. Fiebre tifoidea
2. Tifo exantemático
3. Fiebre recurrente
4. Fiebre intermitente y caquexia palúdica
5. Viruela
6. Sarampión
7. Escarlatina
8. Tos ferina
9. Difteria
10. Gripe
11. Sudor miliar
12. Cólera asiático
13. Cólera nostras
14. Disentería
15. Peste
16. Fiebre amarilla
17. Lepra
18. Erisipela
19. Otras afecciones epidémicas
20. Infección purulenta y septicemia
21. Muermo y Lamparón
22. Pústula maligna y Carbunclo
23. Rabia
24. Actinomicosis, triquinosis
25. Pelagra
26. Tuberculosis de la laringe
27. Tuberculosis de los pulmones
28. Tuberculosis de las meninges
29. Tuberculosis abdominal
30. Mal de Pott
31. Absceso frío y por congestión
32. Tumores blancos
33. Tuberculosis de otros órganos
34. Tuberculosis generalizada
35. Escrófula
36. Sífilis. Chancro blando
37. Blenorragia del adulto
38. Afecciones genocoquicas del niño
39. Cáncer y otros tumores malignos de la cavidad bucal
40. Cáncer y otros tumores malignos del estómago y del hígado
41. Cáncer y otros tumores malignos del peritoneo, de los intestinos y del recto
42. Cáncer y otros tumores malignos de los órganos genitales de la mujer
43. Cáncer y otros tumores malignos de los pechos
44. Cáncer y otros tumores malignos de la piel
45. Cáncer y otros tumores malignos de otros órganos y de órganos no especificados

- 46. Otros tumores (excepto los de los órganos genitales de la mujer)
- 47. Reumatismo articular agudo
- 48. Reumatismo crónico y Gota
- 49. Escorbuto
- 50. Diabetes
- 51. Bocio exoftámico
- 52. Enfermedad bronceada de Addison
- 53. Leucemia
- 54. Anemia, clorosis
- 55. Otras enfermedades generales
- 56. Alcoholismo agudo y crónico
- 57. Saturnismo
- 58. Otras intoxicaciones profesionales crónicas
- 59. Otros envenenamientos crónicos

II. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

- 60. Encefalitis
- 61. Meningitis simple
- 62. Ataxia locomotriz progresiva
- 63. Otras enfermedades de la médula espinal
- 64. Congestión y hemorragias cerebrales
- 65. Reblandecimiento cerebral
- 66. Parálisis sin causa indicada
- 67. Parálisis general
- 68. Otras formas de enajenación mental
- 69. Epilepsia
- 70. Eclampsia (no puerperal)
- 71. Convulsiones de los niños
- 72. Tétanos
- 73. Corea
- 74. Otras enfermedades del sistema nervioso
- 75. Enfermedades de los ojos y de sus anexos
- 76. Enfermedades de los oídos

III. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

- 77. Pericarditis
- 78. Endocarditis aguda
- 79. Enfermedades orgánicas del corazón
- 80. Angina de pecho
- 81. Afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc.
- 82. Embolia y trombosis
- 83. Afecciones de las venas (varices, hemorroides, flebitis, etc.)
- 84. Afecciones del sistema linfático (linfagitis, etc.)
- 85. Hemorragias
- 86. Otras afecciones del aparato circulatorio

IV. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

- 87. Enfermedades de las fosas nasales
- 88. Afecciones de la laringe
- 89. Afecciones del cuerpo tiroideo
- 90. Bronquitis aguda
- 91. Bronquitis crónica
- 92. Bronconeumonía
- 93. Neumonía
- 94. Pleuresía
- 95. Congestión y apoplejía pulmonares
- 96. Gangrena del pulmón
- 97. Asma
- 98. Enfisema pulmonar
- 99. Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis y cáncer)

V. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

- 100. Afecciones de la boca y de sus anexos
- 101. Afecciones de la faringe
- 102. Afecciones del esófago
- 103. Úlcera del estómago
- 104. Otras afecciones del estómago (excepto el cáncer)
- 105. Diarrea y Enteritis (para los menores de dos años)
- 106. 106. Diarrea y Enteritis (para los de dos o más años)
- 107. Parásitos intestinales
- 108. Hernias, obstrucciones intestinales
- 109. Otras afecciones del intestino. Enfermedades del ano y fístulas estercoráceas
- 110. Ictericia grave
- 111. Tumores hidatídicos del hígado
- 112. Cirrosis hepática
- 113. Cálculos biliares
- 114. Otras afecciones del hígado
- 115. Afecciones del bazo
- 116. Peritonitis simple (excepto la puerperal)
- 117. Otras afecciones del aparato digestivo (excepto el cáncer y la tuberculosis)
- 118. Apendicitis y flemón de la fosa ilíaca

VI. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO Y DE SUS ANEXOS

- 119. Nefritis aguda
- 120. Enfermedad de Bright
- 121. Otras enfermedades de los riñones y de sus anexos
- 122. Cálculos de las vías urinarias
- 123. Enfermedades de la vejiga
- 124. Otras enfermedaes de la uretra, absceso ruinoso, etc.
- 125. Enfermedades de la próstata
- 126. Enfermedades no venéreas de los órganos genitales de los hombre
- 127. Metritis
- 128. Hemorragia uterina no puerperal

- 129. Tumor uterino (no canceroso)
- 130. Otras afecciones del útero
- 131. Quistes y otros tumores del ovario
- 132. Otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer
- 133. Enfermedades no puerperales de la mamila (excepto el cáncer)

VII. ESTADO PUERPERAL

- 134. Accidentes del embarazo
- 135. Hemorragia puerperal
- 136. Otros accidentes del parto
- 137. Septicemia puerperal
- 138. Albuminuria y Eclampsia puerperales
- 139. Phlegmasia alba dolens puerperal
- 140. Otros accidentes puerperales. Muerte repentina
- 141. Enfermedades puerperales de la mamila

VIII. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR

- 142. Gangrena
- 143. Divieso, forúnculo
- 144. Flemón, absceso caliente
- 145. Otras enfermedades de la piel y de sus anexos

IX. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCIÓN

- 146. Afecciones de los huesos (excepto la tuberculosis)
- 147. Enfermedades de las articulaciones (excepto la tuberculosis y el reumatismo)
- 148. Amputación
- 149. Otras afecciones de los órganos de locomoción

X. VICIOS DE CONFORMACIÓN

- 150. Vicios congénitos de conformación (excepto los nacidos muertos)

XI. PRIMERA INFANCIA

- 151. Debilidad congénita, ictericia y escleremía
- 152. Otras enfermedades peculiares de la primera infancia
- 153. Falta de cuidados

XII. VEJEZ

- 154. Debilidad senil

XIII. AFECIONES PRODUCIDAS POR CAUSAS EXTERIORES

- 155. Suicidio por envenenamiento
- 156. Suicidio por asfixia
- 157. Suicidio por suspensión o estrangulamiento
- 158. Suicidio por sumersión
- 159. Suicidio con arma de fuego
- 160. Suicidio con instrumento cortante
- 161. Suicidio por precipitación desde lugares elevados
- 162. Suicidio por aplastamiento o magullamiento
- 163. Otro suicidios
- 164. Fracturas
- 165. Luxaciones
- 166. Otros traumatismos accidentales
- 167. Quemaduras por el fuego
- 168. Quemaduras por substancias corrosivas
- 169. Insolación
- 170. Congelación
- 171. Conmoción eléctrica
- 172. Sumersión accidental
- 173. Agotamiento nervioso o por exceso de trabajo. Inanición
- 174. Absorción de gases deletéreos (excepto el suicidio)
- 175. Otros envenenamientos agudos
- 176. Otras violencias exteriores

XIV. ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS

- 177. Hidropesía
- 178. Muerte repentina
- 179. Causas de defunción no especificadas o mal definidas

Anexo 2. Clasificación Modificada de McKeown (C.M.M.)

1. Enfermedades Infecciosas

1.1 Infecciosas transmitidas por agua y alimentos

1.1.1 Fiebre tifoidea

1.1.2 Diarrea y enteritis

1.2 Infecciosas transmitidas por aire

1.2.1 Propias de la infancia

1.2.1.1 Viruela

1.2.1.2 Sarampión

1.2.2 Aparato respiratorio

1.2.2.1 Tuberculosis

1.3 Infecciosas transmitidas por vectores

1.4 Otras infecciosas

1.4.1 Piel y tejido celular subcutáneo

1.4.2 Sistema nervioso

1.4.3 Órganos de los sentidos

1.4.4 Sistema circulatorio

1.4.5 Boca y sus anexos

1.4.6 Aparato genito-urinario

1.4.7 Dentición

1.4.8 Sistema respiratorio

1.4.9 Sistema digestivo

2. Enfermedades No Infecciosas

2.1 Enfermedades carenciales

2.1.1 Raquitismo

2.2 Enfermedades metabólicas

2.3 Enfermedades endocrinas e intoxicaciones

2.4 Procesos cerebro-vasculares

2.4.1 Congestión y hemorragia cerebrales

2.5 Enfermedades del sistema nervioso

2.6 Enfermedades del sistema circulatorio

2.7 Enfermedades del aparato respiratorio

2.8 Enfermedades del sistema digestivo

2.8.1 Estómago

2.8.2 Intestino

2.8.3 Hígado y vías biliares

2.9 Enfermedades del sistema genitourinario

2.10 Enfermedades de la piel, del tejido celular subcutáneo y del aparato locomotor

2.11 Patología perinatal

2.11.1 Parto y post-parto y embarazo

2.12 Vicios de conformación

2.13 Cáncer y tumores

2.14 Por causas exteriores

2.14.1 Atrepsia

3. Enfermedades Mal Definidas

Anexo 3. Tabla de Equivalencias –Clasificación Internacional de Enfermedades de 1900 (C.I.E.-1900) y Clasificación Modificada de McKeown (CMM)

C.I.E.-1900	C.M.M.
Fiebre tifoidea 1.1	Infecciosas transmitidas por agua y alimentos (1.1.1)
Tifus exantemático 1.2	Infecciosas transmitidas por vectores (1.3)
Paludismo 1.3, 1.4, 1.5	Vectores (1.3)
Viruela 1.6	Infecciosas transmitidas por aire/propias de la infancia (1.2.1.1)
Sarampión 1.7	Aire/infancia (1.2.1.2)
Escarlatina 1.8	Aire/infancia (1.2.1)
Tosferina/coqueluche 1.9	Aire/infancia (1.2.1)
Angina diftérica y crup laríngeo 1.10, 1.11	Aire/infancia (1.2.1)
Gripe 1.12	Aire (1.2)
Fiebre amarilla 1.13	Vectores (1.3)
Cólera 1.14, 1.15	Agua y alimentos (1.1)
Disentería 1.16, 1.17	Agua y alimentos (1.1)
Vómito negro 1.19	Vectores (1.3)
Erisipela 1.21	Aire (1.2)
Septicemia 1.23	Otras afecciones (1.4)
Carbunco, pústula maligna o ántrax 1.25	Vectores (1.3)
Rabia, hidrofobia 1.26	Vectores (1.3)
Pelagra 1.28	Enfermedades carenciales (2.1)
Tuberculosis (con escrófula y tabes) 1.29 1.33, 1.36, 1.37, 1.38, y 1.39 (excepto sífilis)	Aire (1.2.2.1) (Tuberculosis)
Absceso 1.34	Otras (Piel y tejido celular subcutáneo) (1.4.1)
Sífilis (1.39.1)	Otras (1.4)
Cáncer y otros tumores 1.43 a 1.50	Cáncer y tumores (2.13)
Reumatismo 1.51 y 1.52	Otras (1.4)
Escorbuto 1.53	Enfermedades carenciales (2.1)
Diabetes, acidosis, discrasias y toxicosis 1.54, 13.22	Enfermedades metabólicas e intoxicaciones (2.2)
Bocio exoftálmico 1.55	Enfermedades endocrinas (2.3)
Anemia 1.58	Enfermedades carenciales (2.1)
Calentura(s) 1.59	Otras (1.4)
Alcoholismo 1.60	Enfermedades metabólicas e intoxicaciones (2.2)
Meningo-encefalitis 2.1, 2.2 y 2.3	Otras (Sistema nervioso) (1.4.2)
Mielitis y poliomiелitis 2.5, 2.2 y 2.3	Otras (Sistema nervioso) (1.4.2.)
Hemorragia y congestión cerebral 2.6 y 2.7	Procesos cerebro-vasculares (2.4)
Tétanos y otras enfermedades del sistema nervioso 2.10, 2.14, 2.15 y 2.16	Sistema nervioso (2.5)
Epilepsia, alferecía y eclampsia 2.10, 2.11, 2.12 y 2.18	Sistema nervioso (2.5)
Oftalmia 2.19	Otras (Órganos de los sentidos) (1.4.3)
Otitis 2.20	Otras (Órganos de los sentidos) (1.4.3)
Endocarditis, pericarditis y miocarditis 3.1, 3.2, 3.3.2 y 1.61	Otras (Sistema circulatorio) (1.4.4)
Patología cardíaca 3.1, 3.2, 3.3.0 (excepto endocarditis, pericarditis y miocarditis) 3.4 y 3.5	Sistema circulatorio (2.6)
Apoplejía 3.6	Sistema circulatorio (2.6)
Patología cardio-circulatorio 3.8, 3.9, 3.10, 4.1, 14.3.3 (anasarca y edema)	Sistema circulatorio (2.6)
Epistaxis 4.1	Sistema circulatorio (2.6)
Laringitis e inflamación de la garganta 4.2	Aire/infancia (1.2.1)
Bronquitis, bronconeumonía, neumonía, pleuroneumonía, pulmonía, pleuresía 4.4 a 4.8, y 4.13.5 (catarro pulmonar)	Aire (Respiratorio) (1.2.2)
Patología respiratoria 4.9, 4.10, 4.11 y 4.13.0 (excepto catarro pulmonar)	Aparato respiratorio (2.7)
Afecciones de la boca y anexos 5.1 y 5.2	Otras (Boca y sus anexos) (1.4.5)
Afecciones de estómago 5.5, 5.11.6 (catarro gástrico y gástrico-intestinal)	Sistema digestivo (Estómago) (2.8.1)

C.I.E.-1900	C.M.M.
Diarreas, gastroenteritis y enteritis 5.6, 5.7, 5.8, 5.11.7 (colitis, inflamación de vientres e irritación)	Agua y alimentos (Diarrea y enteritis) (1.1.2)
Parásitos intestinales 5.9	Vectores (1.3)
Hernias, obstrucciones intestinales, y otras afecciones intestinales 5.10, 5.11.0 (excepto catarro gástrico, colitis, inflamación e irritación intestinal) 5.12, 5.19 y 5.21	Sistema digestivo (intestino) (2.8.2)
Hígado y vías biliares 5.13, 5.14, 5.15, 5.16 y 5.17	Sistema digestivo (Hígado y vías biliares) (2.8.3)
Enfermedades del bazo 5.18	Sistema circulatorio (2.6)
Otras afecciones del aparato digestivo 5.20	Sistema digestivo (2.8)
Nefritis, cistitis y otra afecciones del aparato genito-urinario 6.1, 6.2, 6.3, 6.6, 6.13	Otras (Aparato genito-unitario) 1.4.6)
Problemas en el parto y post-parto 7.1, 7.2, 7.3 y 7.4	Patología perinatal (Parto y post-parto) (2.11.1)
Gangrena, flemones, herpes, pénfigo, etc. 8.1, 8.3, 8.8.8 (úlceras)	Otras (Piel y tejido celular) (1.4.1)
Otras enfermedades de la piel 8.8.0 (excepto úlceras) y 9.2	Piel y tejido celular subcutáneo (2.10)
Raquitismo 9.1	Enfermedades carenciales (Raquitismo) (2.1.1)
Atrepsia 13.20, 13.20.9 (marasmo) 13.20.10 (consunción), 14.3.4 (caquexia)	Por causas exteriores (Atrepsia) (2.14.1)
Debilidad, falta de condiciones de viabilidad, deficiencias/deformidad e insuficiencia de desarrollo, y otras malformaciones. Falta de nutrición, inanición 10.0, 10.1.0, 11.1, 12.1.0 y 13.20.0	Vicios de conformación (2.12)
Dentición 11.2	Otras (Dentición) (1.4.7)
Traumatismos, quemaduras, malos tratos, falta de cuidados, accidentes, etc. 11.3, 13.4, 13.5, 13.9, 13.10, 13.11, 13.12, 13.13, 13.15, 13.16, 13.17, 13.18, 13.19, 13.21 y 13.23	Por causas exteriores (2.14)
Enfermedades mal definidas y diagnósticos ilegibles 14.2, 14.3 (excepto anasarca, edema y caquexia) y 14.3	Causas mal definidas (3.0)

Anexo 4.

LISTADO DE EXPRESIONES DIAGNÓSTICAS Y CODIFICACIÓN. AUTORES:

Josep Bernabeu Mestre (*Universitat d'Alacant*); Diego Ramiro Fariñas (*Instituto de Economía y Geografía. CSIC*); Alberto Sanz Gimeno (*Universidad Complutense de Madrid*); Elena Robles González (*Universidad Nacional de Educación a Distancia*).

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
a la hora de haber nacido	11	1	2	11	0	0	1
a pocos momentos de nacer	11	1	2	11	0	0	1
abertura del agujero de botal	10	1	2	12	0	0	1
ablatasia	13	20	2	14	1	0	1
ablestema	10	1	2	12	0	0	1
absceso	8	3	1	4	1	0	2
absceso cerebral	2	18	1	4	2	0	1
absceso de cadera septicemia	8	3	1	4	1	0	1
absceso de oido derecho y tumor	1	50	2	13	0	0	1
absceso del bazo	5	18	1	4	4	0	1
absceso del cuello	8	3	1	4	1	0	1
absceso del espacio arterial	1	23	1	4	0	0	1
absceso escrofuloso	1	38	1	2	2	1	1
absceso estercoraceo	5	12	1	4	9	0	1
absceso gangrenoso de vientre	5	20	1	4	9	0	1
absceso perforado de tejidos	8	3	1	4	1	0	1
absceso retrofaringeo	5	2	1	4	5	0	1
absceso retropulmonar	4	10	1	4	8	0	1
absceso supuratorio de la pierna	8	3	1	4	1	0	1
abscesos multiples puliocenicicos	8	3	1	4	1	0	1
abugento propagado a todo el aparato digestivo	5	20	2	8	0	0	1
abuso lumbar	9	4	2	10	0	0	1
acceso alferetico	2	11	2	5	0	0	4
acceso alferetico consecutivo	2	11	2	5	0	0	2
acceso de alferencia	2	11	2	5	0	0	1
acceso de edearamia	2	12	2	5	0	0	1
acceso de laringoespasma	1	10	1	2	1	0	1
acceso epileptico	2	11	2	5	0	0	3
acceso epileptiforme	2	11	2	5	0	0	1
acceso meningeo	2	2	1	4	2	0	1
acceso por congestion	2	6	2	4	1	0	1
acceso traqueal	1	10	1	2	1	0	1
accidente	13	23	2	14	0	0	13
accidente alferetico	2	11	2	5	0	0	1
accidente apopletico	2	6	2	4	1	0	5
accidente apopletiforme	2	6	2	4	1	0	1
accidente cerebral	2	18	2	5	0	0	1
accidente congestivo	2	6	2	4	1	0	1
accidente congestivo fulminante	2	6	2	4	1	0	1
accidente de alferencia	2	11	2	5	0	0	39
accidente de apoplejia	2	6	2	4	1	0	1
accidente de eclampsia	2	12	2	5	0	0	1
accidente de epilepsia	2	11	2	5	0	0	1
accidente de la denticion	11	2	1	4	7	0	34
accidente eclampsico	2	12	2	5	0	0	4

ausa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
accidente enclítico	11	3	2	11	1	0	1
accidente epileptico	2	11	2	5	0	0	19
accidente epileptico degenerado en eclampsia	2	11	2	5	0	0	1
accidente nervioso cerebral	2	18	2	5	0	0	1
accidente ocasionado por las valvulas del corazon	3	3	2	6	0	0	1
accidente por digestion	5	5	2	8	1	0	1
accidente propio de la denticion	11	2	1	4	7	0	20
accidente quemadura de tercer grado	13	13	2	14	0	0	1
acerda	14	3	3	0	0	0	1
acetonemia	1	54	2	2	0	0	1
acidosis	13	22	2	2	0	0	5
acidosis gastritis	5	5	1	4	9	0	1
acidosis por enterocolitis aguda	5	7	1	1	2	0	1
acromegalia	10	1	2	12	0	0	1
adenitis	1	37	1	2	2	1	1
adenitis cervical	5	1	1	4	5	0	2
adenitis fimica	1	30	1	2	2	1	1
adenitis linfatica y por la falta de su padre	1	37	1	2	2	1	1
adenitis mesenterica	1	32	1	2	2	1	1
adenoflemon de la pierna izquierda	8	8	1	4	1	0	1
adinamiento	1	59	2	2	0	0	1
afeccion	14	3	3	0	0	0	1
afeccion abdominal	5	20	2	8	0	0	1
afeccion aguda	14	3	3	0	0	0	4
afeccion aguda de vientre	5	20	2	8	0	0	1
afeccion al pecho	4	13	2	7	0	0	50
afeccion cerebral	2	18	2	5	0	0	4
afeccion cronica	14	3	3	0	0	0	3
afeccion cronica de la piel	8	8	2	10	0	0	1
afeccion cronica de pecho	4	13	2	7	0	0	3
afeccion cronica de vientre	5	20	2	8	0	0	1
afeccion cutanea	8	8	2	10	0	0	1
afeccion de garganta	5	2	2	8	0	0	1
afeccion de la piel	8	8	2	10	0	0	1
afeccion de la vejiga	6	5	1	4	6	0	1
afeccion de pujo	5	11	2	8	2	0	1
afeccion de vientre	5	20	2	8	0	0	28
afeccion epantematica	8	8	1	4	1	0	2
afeccion epantemica	8	8	1	4	1	0	1
afeccion escorbutica	1	53	2	1	0	0	3
afeccion escorbuto	1	53	2	1	0	0	1
afeccion escrofulosa	1	38	1	2	2	1	3
afeccion espasmodica	2	12	2	5	0	0	1
afeccion exantematica	8	8	1	4	1	0	1
afeccion gangrenosa	8	1	1	4	1	0	1
afeccion gastrica	5	5	2	8	1	0	5
afeccion gripal	1	12	1	2	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
afeccion herpetica	8	8	1	4	1	0	1
afeccion interna	14	3	3	0	0	0	1
afeccion intestinal	5	11	2	8	2	0	4
afeccion nerviosa	2	18	2	5	0	0	1
afeccion o fiebre lenta	1	37	1	2	2	1	1
afeccion organica	14	3	3	0	0	0	1
afeccion pulmonar	4	13	2	7	0	0	9
afeccion tuberculosa	1	37	1	2	2	1	1
afeccion tuberculosa intestinal	1	32	1	2	2	1	1
afeccion tuberculosa pulmonar	1	30	1	2	2	1	1
afecto catarral	4	13	2	7	0	0	1
afecto de pecho	4	13	2	7	0	0	7
afecto pulmonar	4	13	2	7	0	0	2
afta	5	1	1	4	5	0	7
afta boca faringe	5	1	1	4	5	0	1
afta colidas	5	1	1	4	5	0	1
afta confluyente	5	1	1	4	5	0	2
afta confluyente en la boca	5	1	1	4	5	0	1
afta consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
afta de mala naturaleza en la membrana palatina	5	1	1	4	5	0	1
afta en el aparato digestivo	5	1	1	4	5	0	2
afta en la garganta	5	1	1	4	5	0	1
afta maligna	5	1	1	4	5	0	1
agua de socorro	10	1	2	12	0	0	5
ahogada en un charco	13	18	2	14	0	0	1
ahogada en un pozo	13	18	2	14	0	0	1
ahogado	13	18	2	14	0	0	3
ahogado en un pozo	13	18	2	14	0	0	1
aitos volivos	5	5	2	8	1	0	1
al instante	11	3	2	11	1	0	1
al instante de nacer	11	3	2	11	1	0	1
al nacer	11	3	2	11	1	0	3
al nacer por compresion del parto	11	3	2	11	1	0	1
al nacer sofocada	11	3	2	11	1	0	1
al poco de nacer	11	1	2	11	0	0	2
al romper los dientes	11	2	1	4	7	0	1
albuminemia escarlatina	1	8	1	2	1	0	1
albuminuria con ascitis	6	3	1	4	6	0	1
albuminuria difterica	1	11	1	2	1	0	3
albuminuria difterica con derrame seroso cerebral	1	11	1	2	1	0	1
albuminuria escarlatina	1	8	1	2	1	0	9
alcance de estomaguitis	5	5	1	4	9	0	1
alcoholismo agudo	1	60	2	2	0	0	1
alferecia	2	11	2	5	0	0	208
alferecia complicada con una convulsion general nerviosa	2	13	2	5	0	0	1
alferecia cronica	2	11	2	5	0	0	1
alienativa del sarampion	1	7	1	2	1	2	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
alteraciones falta de peso prematuro	11	1	2	11	0	0	1
alumbramiento doble con otra niña que nació viva	11	3	2	11	1	0	1
alumbramiento sencillo nacido muerto el feto	11	4	2	11	1	0	1
amenia consecutiva o la lesión lupática	5	17	2	8	3	0	1
amigdalitis	4	2	1	2	1	0	2
amigdalitis aguda	4	2	1	2	1	0	1
amigdalitis gangrenosa	4	2	1	2	1	0	1
anasarca	14	1	2	6	0	0	117
anasarca activa	14	1	2	6	0	0	1
anasarca con derrame seroso cerebral	14	1	2	6	0	0	1
anasarca escarlatínica	1	8	1	2	1	0	1
anasarca esencial	14	1	2	6	0	0	1
anasarca general	14	1	2	6	0	0	2
anasarca general con endocarditis	3	2	1	4	4	0	1
anasarca hidropesía general	14	1	2	6	0	0	1
anasarca por lesión renal	6	3	1	4	6	0	1
anastosis	14	3	3	0	0	0	1
anemia bronquial por parto prematuro	11	1	2	11	0	0	1
anemia	1	58	2	1	0	0	31
anemia aguda	1	58	2	1	0	0	4
anemia aguda cáncer gástrico	1	44	2	13	0	0	1
anemia aguda diabetes hemorrágica	1	54	2	3	0	0	1
anemia cerebral	1	58	2	1	0	0	2
anemia congénita	10	1	2	12	0	0	1
anemia consecutiva a tuberculosis	1	37	1	2	2	1	1
anemia consecutiva al sarampión	1	7	1	2	1	2	1
anemia de tipo pernicioso	1	58	2	1	0	0	1
anemia de un empacho	5	5	2	8	1	0	1
anemia general	1	58	2	1	0	0	4
anemia palúdica	1	4	1	3	0	0	1
anemia perniciosa	1	58	2	1	0	0	3
anemia perniciosa paludismo	1	4	1	3	0	0	1
anemia por hemofilia	3	9	2	6	0	0	1
anemia por hemorragia	3	9	2	6	0	0	1
anemia producida por el raquitismo	9	1	2	1	1	0	1
aneurisma	3	5	2	6	0	0	1
aneurisma del corazón	3	5	2	6	0	0	4
anfolito	14	3	3	0	0	0	1
angina	4	2	1	2	1	0	122
angina aguda	4	2	1	2	1	0	2
angina amigdalitis	4	2	1	2	1	0	2
angina asfixiante	1	10	1	2	1	0	1
angina bronquial	4	2	1	2	1	0	1
angina catarral	4	2	1	2	1	0	2
angina catarral catarro gastrointestinal	4	2	1	2	1	0	1
angina catarral complicada de pulmonía	4	2	1	2	1	0	1
angina crítica	4	2	1	2	1	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
angina crup	1	10	1	2	1	0	2
angina crupal	1	10	1	2	1	0	4
angina de pecho	3	4	2	6	0	0	5
angina difterica	1	11	1	2	1	0	130
angina difterica complicada con sarampion	1	11	1	2	1	0	1
angina difterica consecutiva a la escarlatina	1	8	1	2	1	0	1
angina difterica escarlatinosa	1	8	1	2	1	0	1
angina difterica o estridulosa	1	11	1	2	1	0	1
angina difterica o maligna	1	11	1	2	1	0	2
angina difterica por infeccion	1	11	1	2	1	0	1
angina difterica seudocrup	1	11	1	2	1	0	1
angina difterica y crup	1	10	1	2	1	0	1
angina difterica y fenomenos propios de la evolucion	1	11	1	2	1	0	1
angina edematosa	4	2	1	2	1	0	1
angina enconada	4	2	1	2	1	0	1
angina escarlatinosa	1	8	1	2	1	0	7
angina estreptococica	1	11	1	2	1	0	1
angina estridulosa	1	11	1	2	1	0	16
angina exofigmia	4	2	1	2	1	0	1
angina fetida	4	2	1	2	1	0	1
angina flemonosa	4	2	1	2	1	0	4
angina gangrenosa	4	2	1	2	1	0	17
angina gutural	5	2	1	4	5	0	2
angina inflamatoria	4	2	1	2	1	0	2
angina inflamatoria aguda	4	2	1	2	1	0	1
angina lardacea	4	2	1	2	1	0	2
angina lardacea y laringitis estridulosa	1	10	1	2	1	0	1
angina laringea	1	10	1	2	1	0	6
angina maligna	1	11	1	2	1	0	3
angina membranosa	1	10	1	2	1	0	18
angina puclonera	4	2	1	2	1	0	1
angina pulmonar	4	2	1	2	1	0	1
angina pultacea	4	2	1	2	1	0	2
angina seudodifterica	1	11	1	2	1	0	1
angina seudomembranosa	1	11	1	2	1	0	4
angina sofocativa	1	10	1	2	1	0	1
angina supuratosa consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	1
angina tifoidea	1	1	1	1	1	0	1
angina tonsilar	1	10	1	2	1	0	6
angiocolitis	5	7	1	1	2	0	3
anhidremia	13	20	2	14	1	0	3
anhidremia bronquitis	4	4	1	2	2	0	2
anhidremia bronquitis aguda	4	4	1	2	2	0	2
anhidremia diarrea estival	5	7	1	1	2	0	1
anhidremia dispepsia	5	5	2	8	1	0	1
anhidremia dispepsia intestinal	5	5	2	8	1	0	1
anhidremia infeccion parenteral	1	23	1	4	0	0	19

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
anhidremia infeccion parenteral otitis	2	20	1	4	3	0	1
anhidremia infeccion parenteral otitis media	2	20	1	4	3	0	1
anhidremia insuficiencia parenteral	1	23	1	4	0	0	1
anhidremia muguet	5	1	1	4	5	0	1
anhidremia otitis	2	20	1	4	3	0	2
anhidremia otitis media	2	20	1	4	3	0	3
anhidremia otitis media aguda	2	20	1	4	3	0	1
anhidremia otitis media supurada	2	20	1	4	3	0	1
anhidremia rinofaringitis aguda	4	1	1	4	8	0	1
anhidremia sepsis	1	23	1	4	0	0	1
anhidrosis dispepsia infantil	5	5	2	8	1	0	1
anoia	2	18	2	5	0	0	1
anorexia	1	59	2	2	0	0	1
ansiedad precordial	3	10	2	6	0	0	1
antes de nacer	11	4	2	11	1	0	3
antes de nacer de sofocacion	11	4	2	11	1	0	1
antes de nacer no viable	11	1	2	11	0	0	1
apendicitis colapso	5	21	1	4	9	0	1
aplastamiento del craneo	13	12	2	14	0	0	1
apoplejia	2	6	2	4	1	0	102
apoplejia causada por una ingesta lactea	13	22	2	3	0	0	1
apoplejia cerebral	2	6	2	4	1	0	21
apoplejia cerebral con derrame	2	6	2	4	1	0	1
apoplejia cerebral consecutiva a trastornos intestinales	5	11	2	8	2	0	1
apoplejia cerebral fulminante	2	6	2	4	1	0	2
apoplejia cerebral por ingestion de gran cantidad de alcohol	1	60	2	2	0	0	1
apoplejia fulminante	2	6	2	4	1	0	10
apoplejia por indigestion	5	5	2	8	1	0	1
apoplejia pulmonar	4	9	2	7	0	0	17
apoplejia pulmonar por sarampion	1	7	1	2	1	2	1
apoplejia pulmonar y cerebral	2	6	2	4	1	0	1
apoplejia serosa	2	6	2	4	1	0	9
apoplejia serosa cerebral	2	6	2	4	1	0	3
apoplejia serosa cerebral consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	1
apoplejia serosa en el cerebro	2	6	2	4	1	0	1
apoplejia traumatica	13	12	2	14	0	0	1
apostema	8	3	1	4	1	0	3
apostema frio	1	34	1	4	1	0	1
arjuela	14	3	3	0	0	0	1
arrollamiento	13	23	2	14	0	0	1
artemia cardiovascular	3	3	2	6	0	0	1
arteria nasal	4	1	2	6	0	0	1
arterioesclerosis	3	5	2	6	0	0	1
artritis	9	2	1	4	0	0	1
artritis vertebral	9	2	1	4	0	0	1
artrogriposis	1	52	1	4	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
ascitis	14	1	2	6	0	0	24
ascitis aguda	14	1	2	6	0	0	1
ascitis catarral	14	1	2	6	0	0	1
ascitis cronica	14	1	2	6	0	0	1
asfixia	13	23	2	14	0	0	53
asfixia a causa de la enfermedad que estaba sufriendo su madre	11	3	2	11	1	0	1
asfixia al tiempo de nacer	11	3	2	11	1	0	1
asfixia animica	13	23	2	14	0	0	1
asfixia azul	13	23	2	14	0	0	2
asfixia blanca	13	23	2	14	0	0	1
asfixia blanca en el momento de su natalicion	11	1	2	11	0	0	1
asfixia de los recién nacidos	11	1	2	11	0	0	1
asfixia de los recién nacidos consecuencia de parto laborioso	11	3	2	11	1	0	1
asfixia durante el parto	11	3	2	11	1	0	1
asfixia durante el trabajo del parto	11	3	2	11	1	0	1
asfixia en el parto	11	3	2	11	1	0	1
asfixia intrauterina	11	3	2	11	1	0	1
asfixia intrauterina durante el trabajo del parto	11	3	2	11	1	0	1
asfixia neonatorum	11	3	2	11	1	0	5
asfixia periodica	13	23	2	14	0	0	1
asfixia por aplastamiento	13	12	2	14	0	0	1
asfixia por atelectasia pulmonar	11	1	2	11	0	0	1
asfixia por atelectasia pulmonar en el curso de una bronquitis	4	4	1	2	2	0	1
asfixia por causa distocica del parto	11	3	2	11	1	0	1
asfixia por compresion	13	12	2	14	0	0	1
asfixia por congestion	13	12	2	14	0	0	1
asfixia por debilidad	11	1	2	11	0	0	2
asfixia por sofocacion o estrangulacion	13	23	2	14	0	0	1
asfixia por sumersion	13	18	2	14	0	0	7
asfixia por sumersion autopsia	13	18	2	14	0	0	1
asfixia por sumersion en el agua	13	18	2	14	0	0	1
asfixia por sumersion en el agua en virtud de haberse caido en	13	18	2	14	0	0	1
asfixia por sumersion en medio liquido	13	18	2	14	0	0	1
asfixia por un parto laborioso	11	3	2	11	1	0	1
asfixia procedente del cordon	11	3	2	11	1	0	1
asfixia producida por inmersion en el agua del pozo de dicha c	13	18	2	14	0	0	1
asfixia producida por la compresion sufrida por el mismo en el referido acto	13	12	2	14	0	0	1
asfixia producida por una flemita	4	2	1	2	1	0	1
asfixia traqueal	13	23	2	14	0	0	1
asfixiado	13	23	2	14	0	0	2
asfixiado agua de socorro	11	3	2	11	1	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
asfixiado del frio	13	16	2	14	0	0	1
asiento	5	5	2	8	1	0	4
asistolia	3	3	2	6	0	0	8
asistolia cardiaca	3	3	2	6	0	0	1
asistolia estenosis mitral	3	3	2	6	0	0	3
asistolia estrechez mitral	3	3	2	6	0	0	1
asistolia fulminante	3	3	2	6	0	0	1
asistolia paludismo	1	4	1	3	0	0	1
asistolia por bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	1
asistolia por bronquitis capilar	4	4	1	2	2	0	1
asistolia por escasa viabilidad	10	1	2	12	0	0	1
asma	4	11	2	7	0	0	1
asma idiopatica	4	11	2	7	0	0	1
asma tísica	1	30	1	2	2	1	1
astenia	14	4	2	14	1	0	6
astenia debilidad congenita	11	1	2	11	0	0	1
astenia del tubo digestivo	5	20	2	8	0	0	1
ataque	14	3	3	0	0	0	6
ataque al cerebro	2	18	2	5	0	0	2
ataque al corazon	3	3	2	6	0	0	1
ataque alferetico	2	11	2	5	0	0	4
ataque alferetico consecutivo a una indigestion en pustula maligna	5	5	2	8	1	0	1
ataque bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	1
ataque calamico	2	18	2	5	0	0	1
ataque cardiaco	3	3	2	6	0	0	1
ataque cardiaco idiocia	2	18	2	5	0	0	1
ataque causa fundamental viruela	1	6	1	2	1	1	1
ataque cerebral	2	18	2	5	0	0	52
ataque congestivo	2	6	2	4	1	0	2
ataque convulsion	2	13	2	5	0	0	6
ataque de alferecia	2	11	2	5	0	0	286
ataque de asistolia	3	3	2	6	0	0	1
ataque de colera	1	14	1	1	0	0	2
ataque de colera esporadico	1	14	1	1	0	0	1
ataque de eclampsia	2	12	2	5	0	0	81
ataque de eclampsia infantil	2	12	2	5	0	0	4
ataque de epilepsia	2	11	2	5	0	0	4
ataque de frenoglotismo	4	2	1	2	1	0	1
ataque de garrotillo	1	11	1	2	1	0	1
ataque de la denticion	11	2	1	4	7	0	3
ataque de meningitis aguda	2	2	1	4	2	0	4
ataque de pecho	4	13	2	7	0	0	5
ataque de pilconsia	14	3	3	0	0	0	1
ataque de uremia	6	3	1	4	6	0	1
ataque eclampsia	2	12	2	5	0	0	3
ataque eclampsia neumonia	4	7	1	2	2	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
ataque eclámpsico	2	12	2	5	0	0	37
ataque eclámpsico en el curso del catarro gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	1
ataque eclámpsico producido por la inanición	13	20	2	14	1	0	1
ataque eclámpsico que padecía	2	12	2	5	0	0	1
ataque eclámpsico que sufrió producido por indigestión	5	5	2	8	1	0	1
ataque eclámpsico y de bronquitis gripal	4	4	1	2	2	0	1
ataque encefalitis	2	1	1	4	2	0	3
ataque epilepsia	2	11	2	5	0	0	1
ataque epiléptico	2	11	2	5	0	0	57
ataque epiléptico cerebral	2	11	2	5	0	0	1
ataque epiléptico y meningitis	2	2	1	4	2	0	1
ataque fundado en parálisis espinal infantil	2	5	1	4	2	0	1
ataque gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	3
ataque gastroenteritis aguda	5	7	1	1	2	0	2
ataque histámico	14	3	3	0	0	0	1
ataque meníngeo	2	2	1	4	2	0	2
ataque meningítico	2	2	1	4	2	0	1
ataque meningitis	2	2	1	4	2	0	3
ataque meningitis tuberculosa	1	31	1	2	2	1	2
ataque meningoencefalitis	2	1	1	4	2	0	2
ataque nervioso	2	18	2	5	0	0	2
ataque parálisis infantil	2	8	1	4	2	0	1
ataque propio de la dentición	11	2	1	4	7	0	1
ataraxia del cólera morbo	1	14	1	1	0	0	1
atelectasia	11	1	2	11	0	0	6
atelectasia debilidad congénita	11	1	2	11	0	0	1
atelectasia fetal	11	1	2	11	0	0	2
atelectasia pulmonar	11	1	2	11	0	0	17
atelectasia pulmonar congestiva	11	1	2	11	0	0	1
atelectasia pulmonar consecutiva a la tosferina	1	9	1	2	1	0	1
atelectasia pulmonar en el curso de bronquitis	4	4	1	2	2	0	1
atelectasia pulmonar en el curso de la coqueluche	1	9	1	2	1	0	1
atelectasia pulmonar por bronquitis	4	4	1	2	2	0	1
atermia	1	59	1	4	0	0	1
atonia	1	59	2	5	0	0	2
atonia estomatitis	5	1	1	4	5	0	1
atonia gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
atonia general	10	1	2	12	0	0	1
atonia latente	14	3	3	0	0	0	1
atrepsia	13	20	2	14	1	0	579
atrepsia aguda	13	20	2	14	1	0	2
atrepsia con gran desnutrición	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia con lesión broncopulmonar	4	6	1	2	2	0	1
atrepsia congénita	10	1	2	12	0	0	3
atrepsia consunción	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia de segundo grado	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia debilidad congénita	11	1	2	11	0	0	2

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
atrepsia descomposicion	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia dispepsia	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia dispepsia atrofica	13	20	2	14	1	0	2
atrepsia en anterior periodo	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia en el tercer periodo	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia enteritis	13	20	2	14	1	0	11
atrepsia falta de desarrollo	10	1	2	12	0	0	2
atrepsia gastroenteritis	13	20	2	14	1	0	10
atrepsia gastroenteritis aguda	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia general	13	20	2	14	1	0	2
atrepsia infantil	13	20	2	14	1	0	31
atrepsia infantil dispepsia	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia infantil dispepsia atrofica	13	20	2	14	1	0	4
atrepsia infantil dispepsia infantil	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia insuficiencia cardiaca	10	1	2	12	0	0	1
atrepsia nefritis	6	1	1	4	6	0	1
atrepsia organica	10	1	2	12	0	0	1
atrepsia por debilidad congenita	11	1	2	11	0	0	1
atrepsia por enteritis	13	20	2	14	1	0	2
atrepsia por enteritis aguda	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia por enteritis cronica	13	20	2	14	1	0	3
atrepsia por enterocolitis	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia por enterocolitis subaguda	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia por falta de nutricion	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia por gastroenteritis	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia por gastroenteritis cronica	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia por insuficiencia de desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
atrepsia por nacimiento prematuro gemelar	11	1	2	11	0	0	1
atrepsia por raquitismo	9	1	2	1	1	0	1
atrepsia por transtorno gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
atrepsia por tuberculosis abdominal	1	32	1	2	2	1	1
atrepsia y accidentes de nutricion intercurrentes	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia y avitaminosis	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia y consuncion	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia y coqueluche intercurrente	1	9	1	2	1	0	1
atrepsia y epilepsia	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia y lesiones fisicas	13	20	2	14	1	0	1
atrepsia y raquitismo	9	1	2	1	1	0	1
atrofia	10	1	2	12	0	0	28
atrofia aguda del higado	5	17	2	8	3	0	1
atrofia del corazon	10	1	2	12	0	0	1
atrofia gastrointestinal	10	1	2	12	0	0	1
atrofia general	10	1	2	12	0	0	2
atrofia infantil	10	1	2	12	0	0	2
atrofia mesenterica	10	1	2	12	0	0	6
autointoxicacion intestinal	5	11	2	8	2	0	1
auxiliada con el agua de socorro	10	1	2	12	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
balsa en el pecho	4	13	2	7	0	0	1
bautizado de socorro	10	1	2	12	0	0	2
biocia fetal	10	1	2	12	0	0	1
bocio	1	55	2	3	0	0	1
bright	6	2	1	4	6	0	1
broncoectasia	4	13	2	7	0	0	1
broncofimia esmeralizada	1	30	1	2	2	1	1
broncometroneumonía aguda	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía	4	6	1	2	2	0	414
bronconeumonía aguda	4	6	1	2	2	0	9
bronconeumonía aguda con atelectasia pulmonar	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía aguda durante el periodo dentario	11	2	1	4	7	0	1
bronconeumonía aguda en el curso del sarampion	1	7	1	2	1	2	2
bronconeumonía aguda en la convalecencia del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronconeumonía aguda generalizada	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía atrepsia	13	20	2	14	1	0	1
bronconeumonía bronquitis	4	6	1	2	2	0	57
bronconeumonía bronquitis capilar	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía catarral	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía colapso circulatorio	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía con hiperemia cerebral	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía consecuencia del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronconeumonía consecutiva	4	6	1	2	2	0	2
bronconeumonía consecutiva del sarampion	1	7	1	2	1	2	9
bronconeumonía cuerpo extra±o en vías respiratorias	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía debilidad congénita	11	1	2	11	0	0	1
bronconeumonía debilidad vital	11	1	2	11	0	0	1
bronconeumonía desarrollada durante el trabajo dentario	11	2	1	4	7	0	1
bronconeumonía doble	4	6	1	2	2	0	6
bronconeumonía enterocolitis	5	7	1	1	2	0	1
bronconeumonía estenosis mitral	3	3	2	6	0	0	1
bronconeumonía gripal	1	12	1	2	0	0	14
bronconeumonía hiperemia cerebral	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía infecciosa	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía lobular	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonía morbiliosa	1	7	1	2	1	2	3
bronconeumonía morbiliosa a consecuencia del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronconeumonía morbiliosa infectiva	1	7	1	2	1	2	1
bronconeumonía morbiliosa sarampion	1	7	1	2	1	2	2
bronconeumonía morbiliosa supurada	1	7	1	2	1	2	1
bronconeumonía por coqueluche	1	9	1	2	1	0	1
bronconeumonía postsarampionosa	1	7	1	2	1	2	5
bronconeumonía producida por el sarampion	1	7	1	2	1	2	5
bronconeumonía sarampion	1	7	1	2	1	2	9

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
bronconeumonia sarampion y laringitis ulcerosa	1	7	1	2	1	2	1
bronconeumonia tifica	1	1	1	1	1	0	1
bronconeumonia tosferina	1	9	1	2	1	0	1
bronconeumonia y congestión cerebral producida por el sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronconeumonia y gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
bronconeumonia y meningitis	4	6	1	2	2	0	1
bronconeumonia y parotiditis	5	1	1	4	5	0	1
bronconeumonia y peritonitis aguda	5	19	1	4	9	0	1
bronconeumonitis	4	6	1	2	2	0	1
brncopulmonia	4	6	1	2	2	0	2
brncopulmonia aguda	4	6	1	2	2	0	1
brncopulmonia doble	4	6	1	2	2	0	1
brncos escorbuticas	1	53	2	1	0	0	1
brncotraqueitis aguda	4	13	1	2	2	0	1
bronquitis	4	4	1	2	2	0	482
bronquitis aguda	4	4	1	2	2	0	194
bronquitis aguda capilar	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis aguda capilar atrepsia infantil	13	20	2	14	1	0	1
bronquitis aguda cirrosis	5	15	2	8	3	0	1
bronquitis aguda consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronquitis aguda debilidad vital	11	1	2	11	0	0	1
bronquitis aguda otitis media	2	20	1	4	3	0	1
bronquitis aguda y bronquitis	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis atrepsia	13	20	2	14	1	0	2
bronquitis bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	1
bronquitis capilar	4	4	1	2	2	0	587
bronquitis capilar aguda	4	4	1	2	2	0	24
bronquitis capilar aguda complicada con fiebre nerviosa	1	1	1	1	1	0	1
bronquitis capilar aguda con eclampsia	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis capilar aguda e infecciosa	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis capilar asfixia	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis capilar complicada	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis capilar complicada con ataque epileptico	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis capilar con atelectasia	4	4	1	2	2	0	2
bronquitis capilar con parálisis del corazón	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis capilar consecutiva a coqueluche	1	9	1	2	1	0	4
bronquitis capilar consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	12
bronquitis capilar cronica	4	4	1	2	2	0	2
bronquitis capilar de caracter gripal	1	12	1	2	0	0	1
bronquitis capilar dispepsia	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis capilar doble	4	4	1	2	2	0	3
bronquitis capilar en convalecencia del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronquitis capilar en el curso de coqueluche	1	9	1	2	1	0	1
bronquitis capilar en el curso de sarampion	1	7	1	2	1	2	2
bronquitis capilar en el periodo de la dentición	11	2	1	4	7	0	1
bronquitis capilar en la dentición	11	2	1	4	7	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
bronquitis capilar enfisematosa aguda	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis capilar gripal	1	12	1	2	0	0	1
bronquitis capilar infecciosa	4	4	1	2	2	0	3
bronquitis capilar morbiliosa	1	7	1	2	1	2	2
bronquitis capilar otitis media	2	20	1	4	3	0	1
bronquitis capilar por sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronquitis capilar producida por coqueluche	1	9	1	2	1	0	1
bronquitis capilar producida por el sarampion	1	7	1	2	1	2	3
bronquitis capilar que complico al sarampion	1	7	1	2	1	2	2
bronquitis capilar que sufrio en el curso del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronquitis capilar respiratoria	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis capilar sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronquitis capilar y cloroanemia	1	58	2	1	0	0	1
bronquitis capilar y coqueluche	1	9	1	2	1	0	1
bronquitis catarral	4	4	1	2	2	0	11
bronquitis catarral y tuberculosis de pe±asco	1	36	1	2	2	1	1
bronquitis catarro gripal	1	12	1	2	0	0	1
bronquitis con angina	4	2	1	2	1	0	1
bronquitis con meningoencefalitis por coqueluche	1	9	1	2	1	0	1
bronquitis congestion cerebral	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	2
bronquitis cronica	4	5	1	2	2	0	13
bronquitis cronica con edema del pulmon	4	5	1	2	2	0	1
bronquitis cronica y dispepsia putrida	4	5	1	2	2	0	1
bronquitis debilidad congenita	11	1	2	11	0	0	4
bronquitis difterica	1	11	1	2	1	0	1
bronquitis difusa	4	4	1	2	2	0	2
bronquitis distrofia interna	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis duocarditis	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis edematosa	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis especifica	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis fimica	1	30	1	2	2	1	1
bronquitis fimica doble	1	30	1	2	2	1	1
bronquitis generalizada aguda	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis gripal	1	12	1	2	0	0	10
bronquitis infecciosa	4	4	1	2	2	0	3
bronquitis morbiliosa	1	7	1	2	1	2	2
bronquitis neumonica	4	6	1	2	2	0	1
bronquitis neumonica que complica al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronquitis obliterante enfriamiento	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis por coqueluche	1	9	1	2	1	0	2
bronquitis por sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronquitis prematuridad	10	1	2	12	0	0	1
bronquitis pulmonar	4	4	1	2	2	0	14
bronquitis pulmonar capilar	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis sarampion	1	7	1	2	1	2	1
bronquitis tuberculosa	1	30	1	2	2	1	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
bronquitis y fisma cerebral	4	4	1	2	2	0	1
bronquitis	4	4	1	2	2	0	1
cacidrosis	13	20	2	14	1	0	1
cachesis	14	4	2	14	1	0	1
caída	13	12	2	14	0	0	1
caída de una rueda	13	12	2	14	0	0	1
caída de una ventana	13	12	2	14	0	0	1
calentura	1	59	1	4	0	0	172
calentura abofica	1	59	1	4	0	0	1
calentura adinamica	1	1	1	1	1	0	3
calentura angiotenica remitente	1	4	1	3	0	0	1
calentura ataxica	1	1	1	1	1	0	2
calentura catarral	4	13	1	2	2	0	35
calentura cerebral	1	1	1	1	1	0	3
calentura continua	1	1	1	1	1	0	1
calentura cronica	1	4	1	3	0	0	1
calentura de parente	1	59	1	4	0	0	1
calentura dentitione	11	2	1	4	7	0	1
calentura disenterica	1	16	1	1	0	0	1
calentura escarlatínica	1	8	1	2	1	0	1
calentura gastrica	1	1	1	1	1	0	44
calentura gastrica complicada con la coqueluche	1	1	1	1	1	0	1
calentura gastrica inflamatoria	1	1	1	1	1	0	2
calentura gastrica remitente	1	1	1	1	1	0	1
calentura gastrica tifoidea	1	1	1	1	1	0	1
calentura gastrocatarral	1	1	1	1	1	0	2
calentura gastrocerebral	1	1	1	1	1	0	1
calentura gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
calentura gastrointestinal	1	1	1	1	1	0	1
calentura hectica	1	37	1	2	2	1	1
calentura inflamatoria	1	4	1	3	0	0	4
calentura inflamatoria al retroceso del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
calentura intermitente	1	4	1	3	0	0	24
calentura intermitente maligna	1	4	1	3	0	0	1
calentura intermitente perniciosa	1	4	1	3	0	0	2
calentura labifica	1	59	1	4	0	0	1
calentura lactea	11	3	2	11	1	0	1
calentura lenta	1	37	1	2	2	1	10
calentura lenta hectica	1	37	1	2	2	1	1
calentura maligna	1	1	1	1	1	0	4
calentura meningogastrica	1	4	1	3	0	0	1
calentura mucosa	5	7	1	1	2	0	1
calentura nerviosa	1	1	1	1	1	0	12
calentura nerviosa con ulceras en la membrana mucosa gastrointestinal	1	1	1	1	1	0	1
calentura nerviosa consiguiente a la dentición	11	2	1	4	7	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
calentura perniciosa	1	4	1	3	0	0	5
calentura por la denticion	11	2	1	4	7	0	2
calentura pulmonar	4	13	1	2	2	0	2
calentura putrida	1	2	1	3	0	0	23
calentura putrida con disolucion	1	2	1	3	0	0	1
calentura putrida nerviosa	1	2	1	3	0	0	1
calentura remitente	1	4	1	3	0	0	1
calentura remitente gastrica	1	4	1	3	0	0	1
calentura resistente gastrica	1	1	1	1	1	0	1
calentura sincopal	1	4	1	3	0	0	1
calentura sofocante	1	59	1	4	0	0	1
calentura tifoidea	1	1	1	1	1	0	8
calentura tifoidea ataxica	1	1	1	1	1	0	1
cancer	1	49	2	13	0	0	7
cancer corrosivo	1	49	2	13	0	0	1
cancer del maxilar	1	43	2	13	0	0	1
cancer en la boca	1	43	2	13	0	0	2
canijitis	9	1	2	1	1	0	1
canijitis septica aguda	9	1	2	1	1	0	1
canijo	9	1	2	1	1	0	36
caquectica	14	4	2	14	1	0	1
caquexia	14	4	2	14	1	0	7
caquexia atrepsia	13	20	2	14	1	0	2
caquexia atrepsia infantil	13	20	2	14	1	0	3
caquexia cirrosis hipotifica biliar	5	15	2	8	3	0	1
caquexia colitis	5	7	1	1	2	0	1
caquexia escrofulosa	1	38	1	2	2	1	2
caquexia gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	4
caquexia gripal	1	12	1	2	0	0	1
caquexia hepatitis	5	17	1	4	9	0	1
caquexia hidrofica	1	59	1	3	0	0	1
caquexia infeccion fimica aguda	1	37	1	2	2	1	1
caquexia meningitis tuberculosa	1	31	1	2	2	1	1
caquexia paludica	1	5	1	3	0	0	15
caquexia paludica paludismo	1	5	1	3	0	0	2
caquexia paludismo	1	5	1	3	0	0	1
caquexia tuberculosa	1	37	1	2	2	1	1
carbonizado enteramente devorado por las llamas	13	13	2	14	0	0	1
carbunco	1	25	1	3	0	0	18
carbunco de tercera fase	1	25	1	3	0	0	1
carbunco linfatico	1	25	1	3	0	0	1
carcinoma de la mandibula superior	1	43	2	13	0	0	1
cardiocirculacion aguda	3	10	2	6	0	0	1
cardiopatía congenita	10	1	2	12	0	0	2
cardioplejia	3	3	2	6	0	0	1
cardioplejia por tuberculosis	1	36	1	2	2	1	1
carditis	3	3	1	4	4	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
carditis aguda	3	3	1	4	4	0	2
carditis reumatica paro cardiaco	1	51	1	4	4	0	1
carecer de condiciones viables	10	1	2	12	0	0	1
carecer de desarrollo organico necesario	10	1	2	12	0	0	1
caries	8	1	1	4	1	0	1
caries de maxilar superior	8	1	1	4	1	0	1
caries entre las vertebrae dorsales	8	1	1	4	1	0	1
carotidas	3	5	2	6	0	0	1
catarral	4	13	1	2	2	0	13
catarral terminal	4	13	1	2	2	0	1
catarro	4	13	1	2	2	0	67
catarro abdominal	5	7	1	1	2	0	1
catarro agudo	4	13	1	2	2	0	20
catarro agudo bronquial	4	13	1	2	2	0	3
catarro agudo del estomago	5	5	1	4	9	0	1
catarro agudo pulmonar	4	13	1	2	2	0	10
catarro broncopulmonar	4	13	1	2	2	0	9
catarro broncopulmonar agudo	4	13	1	2	2	0	2
catarro bronquial	4	13	1	2	2	0	48
catarro bronquial agudo	4	13	1	2	2	0	5
catarro bronquial complicado con eclampsia	4	13	1	2	2	0	1
catarro bronquial y ascitis	4	13	1	2	2	0	1
catarro capilar	4	13	1	2	2	0	4
catarro colitis	5	7	1	1	2	0	1
catarro cronico	4	13	1	2	2	0	7
catarro espasmodico	4	13	1	2	2	0	1
catarro fulminante	4	13	1	2	2	0	2
catarro gastrico	5	5	1	4	9	0	1
catarro gastricointestinal	5	7	1	1	2	0	19
catarro gastricointestinal cronico	5	7	1	1	2	0	1
catarro gastrofebril	5	5	1	4	9	0	1
catarro gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	62
catarro gastrointestinal agudo	5	7	1	1	2	0	5
catarro gastrointestinal con eclampsia	5	7	1	1	2	0	1
catarro gastrointestinal consecutivo a la denticion	11	2	1	4	7	0	9
catarro gastrointestinal consecutivo al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
catarro gastrointestinal cronico	5	7	1	1	2	0	2
catarro gastrointestinal eclampsia	5	7	1	1	2	0	1
catarro gastrointestinal especifico	5	7	1	1	2	0	1
catarro gastrointestinal febril	5	7	1	1	2	0	1
catarro gastrointestinal infantil	5	7	1	1	2	0	1
catarro gastrointestinal producido por la denticion	11	2	1	4	7	0	1
catarro gripal	1	12	1	2	0	0	12
catarro intestinal	5	7	1	1	2	0	90
catarro intestinal agudo	5	7	1	1	2	0	17
catarro intestinal consecutivo a la denticion	11	2	1	4	7	0	1
catarro intestinal cronico	5	7	1	1	2	0	2

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
catarro intestinal diarrea	5	7	1	1	2	0	2
catarro intestinal y dispepsia	5	5	2	8	1	0	1
catarro laríngeo	4	2	1	2	1	0	1
catarro laríngeo y congestión cerebral	4	2	1	2	1	0	1
catarro pulmonar	4	13	1	2	2	0	297
catarro pulmonar agudo	4	13	1	2	2	0	22
catarro pulmonar crónico	4	13	1	2	2	0	6
catarro pulmonar crónico por lesión cardíaca	3	3	2	6	0	0	1
catarro pulmonar y gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
catarro sofocante	1	10	1	2	1	0	119
catarro sofocante laringobronquial	1	10	1	2	1	0	1
catarro sofocativo	1	10	1	2	1	0	6
causa judicial	13	23	2	14	0	0	1
causa violenta	13	23	2	14	0	0	1
cazmibelo	14	3	3	0	0	0	1
cefalágico intermitente	1	4	1	3	0	0	1
cefalitis	2	1	1	4	2	0	2
celanfia	14	3	3	0	0	0	1
celanuria	14	3	3	0	0	0	1
cerebritis	2	1	1	4	2	0	11
cianosis	4	13	2	7	0	0	5
cianosis consecutiva a una imperforación	10	1	2	12	0	0	1
cianosis de los recién nacidos	11	1	2	11	1	0	1
cirrosis	5	15	2	8	3	0	2
cirrosis congénita	10	1	2	12	0	0	1
cirrosis del hígado	5	15	2	8	3	0	1
cistitis	6	6	1	4	6	0	4
cistitis aguda	6	6	1	4	6	0	7
cistitis calentosa	6	6	1	4	6	0	1
cistitis corrosiva	6	6	1	4	6	0	1
cistitis crónica	6	6	1	4	6	0	1
civecitis	14	3	3	0	0	0	1
colapso	3	10	2	6	0	0	23
colapso agudo	3	10	2	6	0	0	1
colapso anemia perniciosa	1	58	2	1	0	0	1
colapso anhidremia	13	20	2	14	1	0	1
colapso asfixia neonatorum	11	3	2	11	1	0	1
colapso atrepsia	13	20	2	14	1	0	8
colapso atrepsia de tercer grado	13	20	2	14	1	0	1
colapso broncoinfección tuberculosa	1	30	1	2	2	1	1
colapso bronconeumonía	4	6	1	2	2	0	15
colapso bronconeumonía aguda	4	6	1	2	2	0	2
colapso bronquitis capilar	4	4	1	2	2	0	1
colapso bronquitis crónica	4	5	1	2	2	0	1
colapso bronquitis tuberculosa	1	30	1	2	2	1	1
colapso cardíaco	3	3	2	6	0	0	51
colapso cardíaco anhidremia	13	20	2	14	1	0	3

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
colapso cardiaco atrepsia	13	20	2	14	1	0	3
colapso cardiaco atrepsia por trastorno nutritivo	13	20	2	14	1	0	1
colapso cardiaco bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	5
colapso cardiaco bronquitis	4	4	1	2	2	0	1
colapso cardiaco bronquitis aguda	4	4	1	2	2	0	2
colapso cardiaco bronquitis capilar	4	4	1	2	2	0	2
colapso cardiaco bronquitis demandante	4	4	1	2	2	0	1
colapso cardiaco deshidratacion tercer grado	13	20	2	14	1	0	1
colapso cardiaco eclampsia	2	12	2	5	0	0	1
colapso cardiaco encefalitis	2	1	1	4	2	0	1
colapso cardiaco gastritis aguda	5	5	1	4	9	0	1
colapso cardiaco insuficiencia circulatoria	3	10	2	6	0	0	1
colapso cardiaco laringitis	4	2	1	2	1	0	1
colapso cardiaco meningitis tuberculosa	1	31	1	2	2	1	1
colapso cardiaco miocarditis aguda	3	3	1	4	4	0	1
colapso cardiaco neumonia	4	7	1	2	2	0	1
colapso cardiaco no tomar alimentos	13	20	2	14	1	0	1
colapso cardiaco otitis media	2	20	1	4	3	0	1
colapso cardiaco piloro espasmo	5	5	2	8	1	0	1
colapso cardiaco por disnea	4	13	2	7	0	0	1
colapso cardiaco por neumonia doble	4	7	1	2	2	0	1
colapso cardiaco por sarampion	1	7	1	2	1	2	1
colapso cardiaco por vomito intestinal	5	20	2	8	0	0	1
colapso cardiaco postsarampionoso	1	7	1	2	1	2	1
colapso cardiaco respiratorio gastroenterocolitis	5	7	1	1	2	0	1
colapso cardiaco sarampion	1	7	1	2	1	2	1
colapso cardiaco sepsis	1	23	1	4	0	0	2
colapso cardiaco sepsis infantil	1	23	1	4	0	0	3
colapso cardiaco sepsis neumococica	1	23	1	4	0	0	1
colapso cardiaco septicemia	1	23	1	4	0	0	1
colapso cardiaco septicemia otitis	2	20	1	4	3	0	1
colapso cardiaco vascular	3	10	2	6	0	0	1
colapso cardiaco respiratorio bronconeumonia toxica	13	22	2	3	0	0	1
colapso cardiovascular meningitis fulminante	2	2	1	4	2	0	1
colapso central	3	10	2	6	0	0	1
colapso central por disenteria bacilar	1	16	1	1	0	0	1
colapso circulatorio	3	10	2	6	0	0	4
colapso circulatorio anhidremia	13	20	2	14	1	0	2
colapso circulatorio bronquitis aguda	4	4	1	2	2	0	1
colapso circulatorio bronquitis capilar	4	4	1	2	2	0	1
colapso circulatorio enteritis cronica	5	7	1	1	2	0	1
colapso circulatorio meningitis	2	2	1	4	2	0	1
colapso complejo primario fimico	1	30	1	2	2	1	1
colapso de meningitis	2	2	1	4	2	0	2
colapso de meningitis aguda	2	2	1	4	2	0	1
colapso debilidad congenita	11	1	2	11	0	0	2
colapso del corazon	3	3	2	6	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
colapso encefalitis tífica	1	1	1	1	1	0	1
colapso enteritis	5	7	1	1	2	0	1
colapso enteritis aguda	5	7	1	1	2	0	1
colapso enteritis peritonitis	5	19	1	4	9	0	1
colapso enterocolitis	5	7	1	1	2	0	2
colapso fibrosis	1	50	2	13	0	0	1
colapso gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	11
colapso gastroenteritis aguda	5	7	1	1	2	0	17
colapso ictericia	5	13	2	8	3	0	1
colapso ictericia hemofilica	3	9	2	6	0	0	1
colapso infantil	3	10	2	6	0	0	1
colapso insuficiencia cardiaca	3	3	2	6	0	0	2
colapso insuficiencia mitral	3	3	2	6	0	0	1
colapso meningoencefalitis fímica	1	31	1	2	2	1	1
colapso nefritis	6	1	1	4	6	0	2
colapso neumonia cerebral	4	7	1	2	2	0	1
colapso neumonia doble	4	7	1	2	2	0	1
colapso paludismo	1	4	1	3	0	0	1
colapso parálisis respiratoria	4	13	2	7	0	0	1
colapso periférico	3	10	2	6	0	0	1
colapso periférico pleuresia	4	8	1	2	2	0	1
colapso por enterocolitis	5	7	1	1	2	0	1
colapso por gastroenteritis aguda	5	7	1	1	2	0	1
colapso por hernia estrangulada	5	10	2	8	2	0	1
colapso por indigestion	5	5	2	8	1	0	1
colapso por infeccion	1	23	1	4	0	0	1
colapso por trastornos intestinales	5	11	2	8	2	0	1
colapso producido por intensas quemaduras	13	13	2	14	0	0	1
colapso pulmonar postsarampionoso	1	7	1	2	1	2	1
colapso quemadura	13	13	2	14	0	0	1
colapso septicemia septica	1	23	1	4	0	0	1
colapso siendo la causa fundamental gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
colapso tuberculosis pulmonar	1	30	1	2	2	1	1
colapso vascular toxicosis	13	22	2	3	0	0	1
coleccion de flemones	8	3	1	4	1	0	1
colera	1	14	1	1	0	0	66
colera esporadico	1	14	1	1	0	0	4
colera infantil	5	7	1	1	2	0	18
colera morbo	1	14	1	1	0	0	92
colera morbo asiatico	1	14	1	1	0	0	4
colera morbo epidemico	1	14	1	1	0	0	8
colera nostras	1	15	1	1	0	0	3
colibacilosis	5	7	1	1	2	0	2
colibacilosis con atrepsia	13	20	2	14	1	0	1
colico	14	3	3	0	0	0	42
colico agudo	14	3	3	0	0	0	2
colico biliar	5	16	2	8	3	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
colico bilioso	5	16	2	8	3	0	23
colico bilioso intenso	5	16	2	8	3	0	6
colico complicado con alferencia	14	3	3	0	0	0	1
colico flatulento	5	10	2	8	2	0	5
colico hepatico	5	17	2	8	3	0	3
colico inflamatorio	14	3	3	0	0	0	1
colico intestinal	5	10	2	8	2	0	5
colico miserere	5	10	2	8	2	0	1
colico nervioso	2	18	2	5	0	0	9
colico por indigestion	5	5	2	8	1	0	2
colico sin romper	5	10	2	8	2	0	1
colico violento	14	3	3	0	0	0	1
coliposilosis	14	3	3	0	0	0	1
colitis	5	7	1	1	2	0	129
colitis aguda	5	7	1	1	2	0	59
colitis aguda por indigestion	5	5	2	8	1	0	1
colitis complicada	5	7	1	1	2	0	1
colitis cronica	5	7	1	1	2	0	87
colitis membranosa	5	7	1	1	2	0	1
coma	2	18	2	5	0	0	1
coma cerebral	2	18	2	5	0	0	1
coma eclampsia	2	12	2	5	0	0	1
coma meningeo meningitis	2	2	1	4	2	0	1
coma tetanico	2	14	1	4	2	0	1
combustion	14	3	3	0	0	0	1
combustion carnal	14	3	3	0	0	0	1
compresion cerebral	13	12	2	14	0	0	2
compresion cerebral producida en el momento de su nacimiento	11	3	2	11	1	0	1
compresion cerebral sufrida en el acto del parto	11	3	2	11	1	0	1
compresion del cordon umbilical	11	3	2	11	1	0	1
compresion en el momento del alumbramiento	11	3	2	11	1	0	1
compresion por presentacion anormal	11	3	2	11	1	0	1
compresion que sufrio en el momento del parto por ser este distocico	11	3	2	11	1	0	1
compresion sufrida en el acto del parto por excesivo volumen del mismo	11	3	2	11	1	0	1
compritis	14	3	3	0	0	0	1
condiciones viables	10	1	2	12	0	0	1
congestibilidad	2	6	2	4	1	0	1
congestion	2	6	2	4	1	0	2
congestion cerebral	2	6	2	4	1	0	184
congestion cerebral aguda	2	6	2	4	1	0	1
congestion cerebral con convulsiones alfereticas	2	6	2	4	1	0	1
congestion cerebral con derrame sanguineo	2	6	2	4	1	0	1
congestion cerebral consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	5
congestion cerebral contraida al nacer	11	3	2	11	1	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
congestion cerebral esencial toxica e infecciosa	13	22	2	3	0	0	1
congestion cerebral producida por el sarampion	1	7	1	2	1	2	2
congestion cerebral producida por los trabajos del parto	11	3	2	11	1	0	1
congestion cerebral serosa	2	6	2	4	1	0	1
congestion cerebral sintomatica del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
congestion de pecho	4	13	2	7	0	0	1
congestion del higado	5	17	2	8	3	0	1
congestion general	2	6	2	4	1	0	1
congestion hepatica	5	17	2	8	3	0	1
congestion laringe	4	2	1	2	1	0	1
congestion meningea	2	2	1	4	2	0	3
congestion pasiva cerebral complicada con una enteritis	2	6	2	4	1	0	1
congestion pulmonar	4	9	2	7	0	0	53
congestion pulmonar como consecuencia de las quemaduras extensas	13	13	2	14	0	0	1
congestion pulmonar consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
congestion pulmonar en organismo atrepsico	13	20	2	14	1	0	1
congestion sanguinea	2	6	2	4	1	0	2
congestion serosa	2	6	2	4	1	0	2
congestion serosa del cerebro	2	6	2	4	1	0	1
conjuncion	14	3	3	0	0	0	1
conjuntivitis	2	19	1	4	3	0	1
conjuntivitis estenuada	2	19	1	4	3	0	1
conmocion cerebral	13	12	2	14	0	0	1
conmocion visceral	13	12	2	14	0	0	1
constipacion	5	11	2	8	2	0	2
constipado	5	11	2	8	2	0	3
consuncion	1	59	2	14	1	0	86
consuncion consecutiva a enterocolitis	5	7	1	1	2	0	1
consuncion general	1	59	2	14	1	0	1
consuncion lenta	1	37	1	2	2	1	9
consuncion mesenterica	1	32	1	2	2	1	1
consuncion nerviosa	1	1	1	1	1	0	1
consuncion organica por falta de desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
consuncion organica por gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
consuncion organica por insuficiencia nutritiva	13	20	2	14	1	0	1
consuncion organica por tabes	1	37	1	2	2	1	1
consuncion organica por trastornos digestivos	5	5	2	8	1	0	1
consuncion por enteritis cronica	5	7	1	1	2	0	1
consuncion producida por el raquitismo	9	1	2	1	1	0	1
consuncion visceral profunda	1	59	2	14	1	0	1
contusion violenta	13	12	2	14	0	0	1
contusion violenta que sufrio al desplomarse de un balcon de su casa	13	12	2	14	0	0	1
convulsion	2	13	2	5	0	0	9
convulsion cronica	2	13	2	5	0	0	1
convulsion epileptica	2	11	2	5	0	0	3

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
convulsion nerviosa	2	13	2	5	0	0	1
convulsion nerviosa o gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
convulsion o eclampsia	2	12	2	5	0	0	1
coqueluche	1	9	1	2	1	0	106
coqueluche bronconeumonia	1	9	1	2	1	0	1
coqueluche complicada con eclampsia	1	9	1	2	1	0	1
coqueluche complicada con enterocolitis aguda	1	9	1	2	1	0	1
coqueluche o tosferina	1	9	1	2	1	0	5
corea	2	15	2	5	0	0	1
cronica	14	3	3	0	0	0	1
cronica enterocolitis	5	7	1	1	2	0	1
crup	1	10	1	2	1	0	211
crup con complicacion neumonica	1	10	1	2	1	0	1
crup consecutivo de sarampion	1	7	1	2	1	2	1
crup difterico	1	10	1	2	1	0	13
crup espasmodico	1	10	1	2	1	0	1
crup estriduloso	1	10	1	2	1	0	2
crup garrotillo	1	10	1	2	1	0	1
crup laringeo	1	10	1	2	1	0	1
crup laringitis crupal	1	10	1	2	1	0	1
crup o garrotillo	1	10	1	2	1	0	11
crup por sarampion retropulso	1	7	1	2	1	2	1
crup y bronquitis capilar	1	10	1	2	1	0	1
cuartana	1	4	1	3	0	0	6
cuartana sarampionosa	1	7	1	2	1	2	1
de echar sangre por la boca	3	9	2	6	0	0	1
de hijo	14	3	3	0	0	0	1
de no haber estado en el claustro materno	11	1	2	11	0	0	1
de no poder alimentarse	13	20	2	14	1	0	1
de no tener desarrollo para ser viable	10	1	2	12	0	0	1
de no tener el desarrollo suficiente para ser viable	10	1	2	12	0	0	1
de no tener sus organos en pleno desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
de repente	14	2	3	0	0	0	1
de una intermitente	1	4	1	3	0	0	1
debil congestion	2	6	2	4	1	0	2
debilidad	11	1	2	11	0	0	38
debilidad cardiaca	3	3	2	6	0	0	1
debilidad circulatoria	3	10	2	6	0	0	1
debilidad congenita	11	1	2	11	0	0	141
debilidad congenita astenia	11	1	2	11	0	0	1
debilidad congenita bronquitis capilar	11	1	2	11	0	0	1
debilidad congenita deshidratacion	11	1	2	11	0	0	1
debilidad congenita falta de condiciones de viabilidad	10	1	2	12	0	0	1
debilidad congenita insuficiencia vital	10	1	2	12	0	0	1
debilidad congenita prematuridad	11	1	2	11	0	0	1
debilidad congenita tetanos neonatorum	11	1	2	11	0	0	1
debilidad congenita y bronconeumonia	11	1	2	11	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
debilidad de desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
debilidad de nacimiento	11	1	2	11	0	0	2
debilidad en los organos vitales	11	1	2	11	0	0	2
debilidad general	11	1	2	11	0	0	3
debilidad general consecutiva a malan	10	1	2	12	0	0	1
debilidad general por falta de nutricion	13	20	2	14	1	0	1
debilidad organica	11	1	2	11	0	0	5
debilidad organica congenita por ser de parto prematuro	11	1	2	11	0	0	1
debilidad organica por falta de desarrollo organico para la vida	11	1	2	11	0	0	1
debilidad organica por parto triple	11	3	2	11	1	0	1
debilidad por el trabajo de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
debilidad por raquitismo	9	1	2	1	1	0	1
debilidad toribia	11	1	2	11	0	0	1
debilidad vital	11	1	2	11	0	0	2
debilidad vital prematuro	11	1	2	11	0	0	5
decubito	14	3	3	0	0	0	1
defecto de desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
defecto de su constitucion organica	10	1	2	12	0	0	1
defensas organicas	10	1	2	12	0	0	1
deformidad de su organismo	10	1	2	12	0	0	1
degeneracion gastrica	5	5	2	8	1	0	1
demacracion	13	20	2	14	1	0	1
demacracion caquectica	14	4	2	14	1	0	1
demacracion general	13	20	2	14	1	0	1
demoracion atrofica	10	1	2	12	0	0	2
dentadura	11	2	1	4	7	0	2
dentadura y canija	11	2	1	4	7	0	1
denticion	11	2	1	4	7	0	590
denticion complicada con parotiditis	11	2	1	4	7	0	1
denticion dificil	11	2	1	4	7	0	4
denticion e irritacion intestinal	11	2	1	4	7	0	1
denticion laboriosa	11	2	1	4	7	0	2
denticion por trastornos intestinales	11	2	1	4	7	0	1
denticion y canijo	11	2	1	4	7	0	1
denticion y sarampion	1	7	1	2	1	2	1
dentinesia	11	2	1	4	7	0	1
dentitis	11	2	1	4	7	0	1
dentro del claustro materno	11	3	2	11	1	0	1
derodimitis	10	1	2	12	0	0	1
derrame	2	6	2	4	0	0	1
derrame cerebral	2	6	2	4	1	0	5
derrame cerebral seroso por empacho	5	5	2	8	1	0	1
derrame pulmonar	4	8	1	2	2	0	1
derrame seroso	2	6	2	4	0	0	11
derrame seroso cerebral	2	6	2	4	1	0	28
derrame seroso cerebral con eclampsia	2	6	2	4	1	0	3

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
derrame seroso cerebral con meningitis	2	6	2	4	1	0	1
derrame seroso cerebral consecutivo a la dentición	11	2	1	4	7	0	5
derrame seroso cerebral consecutivo a una gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
derrame seroso cerebral consecutivo a una tabes mesenterica	1	32	1	2	2	1	1
derrame seroso cerebral por eclampsia	2	12	2	5	0	0	2
derrame seroso pulmonar	4	8	1	2	2	0	2
desarreglo de la dentición	11	2	1	4	7	0	1
desarrollo anormal del niño	10	1	2	12	0	0	1
desarrollo anormal organico	10	1	2	12	0	0	1
desarrollo en el claustro	10	1	2	12	0	0	1
desarrollo incompleto intrauterino	10	1	2	12	0	0	1
desarrollo intrauterino	10	1	2	12	0	0	1
desarrollo organico	10	1	2	12	0	0	1
descomposicion atrepsia	13	20	2	14	1	0	1
descomposicion de vientre	5	7	1	1	2	0	1
deshidratacion	13	20	2	14	1	0	3
deshidratacion diarrea coleritema infantil	5	7	1	1	2	0	1
deshidratacion dispepsia aguda	5	5	2	8	1	0	1
deshidratacion enterocolitis	5	7	1	1	2	0	4
deshidratacion gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
desprendimiento previo de la placenta	11	3	2	11	1	0	1
desproporcion en sus diametros	10	1	2	12	0	0	1
destete	13	20	2	14	1	0	1
detencion de orina	10	1	2	12	0	0	1
diabetes	1	54	2	3	0	0	1
diabetes sacarina y catarro gastrointestinal	1	54	2	3	0	0	1
diabetes y foco apopleptico	1	54	2	3	0	0	1
diarrea	5	7	1	1	2	0	83
diarrea atonica	5	7	1	1	2	0	1
diarrea candada	5	7	1	1	2	0	1
diarrea catarral	5	7	1	1	2	0	3
diarrea colibacilar	5	7	1	1	2	0	1
diarrea colicuativa	5	7	1	1	2	0	2
diarrea cronica	5	7	1	1	2	0	16
diarrea infantil	5	7	1	1	2	0	2
diarrea producida por dentición	11	2	1	4	7	0	1
diarrea verde	5	7	1	1	2	0	22
diatesis	14	3	3	0	0	0	1
diatesis atonica	14	3	3	0	0	0	1
diatrepsia	13	20	2	14	1	0	1
dificultad en la eliminacion de toxinas durante la convalecencia de meningitis y eclampsia	2	2	1	4	2	0	1
dificultad en la expulsion	11	3	2	11	1	0	1
difteria	1	11	1	2	1	0	62
difteria crup	1	10	1	2	1	0	2
difteria de la senela	1	11	1	2	1	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
difteria faringea	1	11	1	2	1	0	1
difteria faringolaringea	1	11	1	2	1	0	2
difteria hipertoxica	1	11	1	2	1	0	1
difteria laringea	1	11	1	2	1	0	6
difteria laringofaringea	1	11	1	2	1	0	2
difteria o angina difterica	1	11	1	2	1	0	1
difteria y crup	1	10	1	2	1	0	16
difteria y crup fulminante	1	10	1	2	1	0	1
difteritis	1	11	1	2	1	0	3
dilatacion aguda de corazon postdifterica	1	11	1	2	1	0	1
dilatacion aguda del corazon	3	3	2	6	0	0	1
dilatacion cardiaca aguda	3	3	2	6	0	0	1
dipterismo intestinal	5	11	2	8	2	0	1
discrasia	1	59	2	2	0	0	1
discrasia sanguinea	1	59	2	2	0	0	1
disenteria	1	16	1	1	0	0	401
disenteria aguda	1	16	1	1	0	0	7
disenteria caduca	1	16	1	1	0	0	1
disenteria catarral complicada con meningitis cerebral	1	16	1	1	0	0	1
disenteria complicada con viruela	1	16	1	1	0	0	1
disenteria con escorbuto	1	53	2	1	0	0	1
disenteria con ulceracion	1	16	1	1	0	0	1
disenteria consecuencia de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
disenteria consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	1
disenteria consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	2
disenteria cronica	1	16	1	1	0	0	18
disenteria de la denticion	11	2	1	4	7	0	2
disenteria denticional	11	2	1	4	7	0	7
disenteria efecto de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
disenteria infantil	1	16	1	1	0	0	2
disenteria maligna	1	16	1	1	0	0	1
disenteria morbiliosa	1	7	1	2	1	2	1
disenteria por reblandecimiento	1	16	1	1	0	0	1
disnea	4	13	2	7	0	0	1
disnea del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
disolucion	14	3	3	0	0	0	1
disolucion del vientre	5	7	1	1	2	0	2
disparo	13	23	2	14	0	0	1
disparo de arma de fuego	13	23	2	14	0	0	1
dispepsia	5	5	2	8	1	0	2
dispepsia atrofica	5	5	2	8	1	0	1
dispepsia continua	5	5	2	8	1	0	1
dispepsia de fermentacion	5	5	2	8	1	0	1
dispepsia gastrointestinal	5	5	2	8	1	0	1
dispepsia gastrointestinal infantil	5	5	2	8	1	0	1
distesia escorbutica	1	53	2	1	0	0	1
distrofia	1	59	2	5	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
distrofia segundo grado	1	59	2	5	0	0	1
diviesos difusos atonicos	8	2	1	4	1	0	1
dolor	14	3	3	0	0	0	28
dolor agudo	14	3	3	0	0	0	1
dolor colico	14	3	3	0	0	0	1
dolor de corazon	3	3	2	6	0	0	1
dolor de costado	4	13	2	7	0	0	5
dolor de estomago	5	5	2	8	1	0	4
dolor de pecho	4	13	2	7	0	0	1
dolor de vientre	5	20	2	8	0	0	3
dolor gastrico	5	5	2	8	1	0	2
dolor interno	14	3	3	0	0	0	2
dotinenteria	1	1	1	1	1	0	1
dotinenteritis	1	1	1	1	1	0	2
ebericia	11	1	2	11	0	0	1
eclampsia	2	12	2	5	0	0	538
eclampsia con anemia	1	58	2	1	0	0	1
eclampsia con derrame seroso	2	12	2	5	0	0	1
eclampsia congestion cerebral	2	6	2	4	1	0	1
eclampsia consecutiva	2	12	2	5	0	0	1
eclampsia consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	17
eclampsia consecutiva a oclusion dentaria	11	2	1	4	7	0	1
eclampsia consecutiva a un catarro gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	1
eclampsia consecutiva a un derrame seroso cerebral	2	6	2	4	0	0	2
eclampsia consecutiva a un reblandecimiento cerebral	2	7	2	4	0	0	1
eclampsia consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
eclampsia consecutiva al sarampion maligno	1	7	1	2	1	2	1
eclampsia en el curso de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
eclampsia en el curso de una fiebre	1	59	1	4	0	0	1
eclampsia en el curso del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
eclampsia en el periodo eruptivo del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
eclampsia en la denticion	11	2	1	4	7	0	1
eclampsia epileptica	2	12	2	5	0	0	1
eclampsia gastritis	5	5	1	4	9	0	2
eclampsia infantil	2	12	2	5	0	0	42
eclampsia infantil gastritis	5	5	1	4	9	0	1
eclampsia infantil gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
eclampsia infantil sarampion	1	7	1	2	1	2	1
eclampsia insuficiencia cardiaca	3	3	2	6	0	0	1
eclampsia por bronquitis	4	4	1	2	2	0	2
eclampsia por complicacion de la tos convulsiva	1	9	1	2	1	0	1
eclampsia por dificultades de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
eclampsia por discrasia	1	59	2	2	0	0	1
eclampsia por empacho gastrico	5	5	2	8	1	0	1
eclampsia por fiebre infecciosa	1	59	1	4	0	0	1
eclampsia por gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
eclampsia por indigestion	5	5	2	8	1	0	12

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
eclampsia por la denticion	11	2	1	4	7	0	1
eclampsia por meningitis cerebral	2	2	1	4	2	0	1
eclampsia por ocupacion gastrica	5	5	2	8	1	0	1
eclampsia por trastornos digestivos	5	5	2	8	1	0	7
eclampsia por trastornos gastrointestinales	5	11	2	8	2	0	2
eclampsia por trastornos intestinales	5	11	2	8	2	0	2
eclampsia producida por la denticion	11	2	1	4	7	0	1
eclampsia puerperal	11	3	2	11	1	0	1
eclampsia sintomatica	2	12	2	5	0	0	2
eclampsia y quemadura	13	13	2	14	0	0	1
eczema generalizado diabetes	1	54	2	3	0	0	1
eczema juento	8	8	2	10	0	0	1
edema	14	1	2	6	0	0	3
edema agudo de la glotis	4	2	1	2	1	0	1
edema agudo de pulmon encefalitis	2	1	1	4	2	0	1
edema agudo pulmonar	4	13	2	7	0	0	1
edema compacto	4	13	2	7	0	0	1
edema de la glotis	4	2	1	2	1	0	13
edema de la glotis pustula maligna	1	25	1	3	0	0	1
edema gangrenoso	14	1	2	6	0	0	1
edema general	14	1	2	6	0	0	1
edema laringeo	4	2	1	2	1	0	1
edema maligno	14	1	2	6	0	0	2
edema pulmonar	4	13	2	7	0	0	7
edema pulmonar nefritis	6	1	1	4	6	0	1
efecto de la posicion viciosa	10	1	2	12	0	0	1
efecto de pecho	4	13	2	7	0	0	2
efecto espasmodico	2	13	2	5	0	0	1
efectos de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
el acto de nacer	11	3	2	11	1	0	1
el acto de su nacimiento	11	3	2	11	1	0	1
eluntema retropulso	14	3	3	0	0	0	1
embolia	3	6	2	6	0	0	2
embolia cerebral	2	6	2	4	1	0	1
embolia de las coronarias consecuencia de las anginas	4	2	1	2	1	0	1
embolia pulmonar	4	9	2	7	0	0	1
empacho gastrico	5	5	2	8	1	0	12
empacho gastrico bilioso	5	16	2	8	3	0	1
empacho gastrico por la denticion	11	2	1	4	7	0	1
empacho lacteo	5	5	2	8	1	0	3
emprostotonos	2	14	1	4	2	0	1
en el mar	13	18	2	14	0	0	1
encanijado	9	1	2	1	1	0	4
encanijamiento	9	1	2	1	1	0	7
encanije	9	1	2	1	1	0	1
encefalitis	2	1	1	4	2	0	30
encefalitis aguda	2	1	1	4	2	0	14

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
encefalitis complicada	2	1	1	4	2	0	1
encefalitis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
encefalitis cronica	2	1	1	4	2	0	1
encefalitis cronica difusa	2	1	1	4	2	0	1
encefalitis difusa	2	1	1	4	2	0	1
encefalitis gripal	1	12	1	2	0	0	1
encefalitis hemorragica	2	1	1	4	2	0	1
encefalitis postgripal	1	12	1	2	0	0	1
encefalitis traumatismo	13	12	2	14	0	0	1
encefalomeningitis	2	1	1	4	2	0	5
endocarditis	3	2	1	4	4	0	23
endocarditis aguda	3	2	1	4	4	0	3
endocarditis aguda amigdalitis	4	2	1	2	1	0	1
endocarditis con derrame seroso cerebral	3	2	1	4	4	0	1
endocarditis congenita	10	1	2	12	0	0	1
endocarditis morbiliforme	1	7	1	2	1	2	1
endocarditis por septicemia	1	23	1	4	0	0	1
endocarditis reumatica	1	51	1	4	4	0	2
endocarditis reumatica aguda	1	51	1	4	4	0	1
endocarditis sarampion	1	7	1	2	1	2	1
endocarditis toxica difterica	1	11	1	2	1	0	1
endurecimiento general del tejido celular	8	8	2	10	0	0	1
enfalorragia	2	6	2	4	1	0	1
enferma del pecho	4	13	2	7	0	0	1
enfermedad	14	3	3	0	0	0	61
enfermedad baldada	14	3	3	0	0	0	1
enfermedad comun	14	3	3	0	0	0	6
enfermedad conocida con el nombre vulgar de azul	13	23	2	14	0	0	1
enfermedad cronica	14	3	3	0	0	0	2
enfermedad cronica y herpetica	8	8	1	4	1	0	1
enfermedad de fuego	14	3	3	0	0	0	1
enfermedad de oidos	2	20	1	4	3	0	1
enfermedad de orlin	14	3	3	0	0	0	1
enfermedad de vientre	5	20	2	8	0	0	1
enfermedad del fuego	14	3	3	0	0	0	1
enfermedad gastrica	5	5	2	8	1	0	2
enfermedad natural	14	3	3	0	0	0	2
enfermedad putrida	14	3	1	4	0	0	1
enfermedad sintomatica curvatura de pott	1	33	1	2	2	1	1
enfisema	4	12	2	7	0	0	3
enfisema pulmonar	4	12	2	7	0	0	24
enfisema pulmonar consecutivo	4	12	2	7	0	0	1
enquistacion traumatica de explosion de bomba	13	23	2	14	0	0	1
enteralgia	5	11	2	8	2	0	2
enteralgia y eclampsia consecutiva	5	11	2	8	2	0	1
enterica	1	1	1	1	1	0	1
enteritis	5	7	1	1	2	0	654

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
enteritis aguda	5	7	1	1	2	0	241
enteritis aguda con ataques epileptiformes	5	7	1	1	2	0	1
enteritis aguda y pleuresia del lado izquierdo	5	7	1	1	2	0	1
enteritis atrepsia	13	20	2	14	1	0	1
enteritis calciforme	5	7	1	1	2	0	1
enteritis caquexia	5	7	1	1	2	0	1
enteritis catarral	5	7	1	1	2	0	2
enteritis catarro gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	1
enteritis colerica	5	7	1	1	2	0	1
enteritis coleriforme	5	7	1	1	2	0	1
enteritis colibacilar	5	7	1	1	2	0	1
enteritis colitis	5	7	1	1	2	0	1
enteritis complicada con pulmonia	5	7	1	1	2	0	1
enteritis con accesos eclámpsicos	5	7	1	1	2	0	1
enteritis congenita	10	1	2	12	0	0	1
enteritis consecutiva	5	7	1	1	2	0	1
enteritis consecutiva a la dentición	11	2	1	4	7	0	7
enteritis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
enteritis crónica	5	7	1	1	2	0	186
enteritis de la dentición	11	2	1	4	7	0	2
enteritis debilidad congénita	10	1	2	12	0	0	2
enteritis dentaria	11	2	1	4	7	0	1
enteritis febril	5	7	1	1	2	0	1
enteritis foliculosa	5	7	1	1	2	0	1
enteritis gastritis	5	7	1	1	2	0	1
enteritis infecciosa	5	7	1	1	2	0	1
enteritis membranosa	5	7	1	1	2	0	2
enteritis morbiliar	1	7	1	2	1	2	1
enteritis mucomembranosa	5	7	1	1	2	0	1
enteritis mucomen tumoral	5	7	1	1	2	0	1
enteritis mucosa membranosa	5	7	1	1	2	0	1
enteritis neuromembranosa	5	7	1	1	2	0	3
enteritis pilorica	5	7	1	1	2	0	1
enteritis por la dentición	11	2	1	4	7	0	2
enteritis procedente de la dentición	11	2	1	4	7	0	1
enteritis purulenta	5	7	1	1	2	0	1
enteritis sarampion	1	7	1	2	1	2	2
enteritis seudomembranosa	5	7	1	1	2	0	1
enteritis tuberculosa	1	32	1	2	2	1	1
enteritis ulcerosa	5	7	1	1	2	0	4
enteritis ulcerosa con accidentes de quemaduras exteriores	13	13	2	14	0	0	1
enterocarditis	5	7	1	1	2	0	1
enterocarditis aguda en el sarampion	1	7	1	2	1	2	1
enterocefalitis	5	7	1	1	2	0	4
enterocistitis aguda	5	7	1	1	2	0	1
enterocolitis	5	7	1	1	2	0	299

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
enterocolitis aguda	5	7	1	1	2	0	92
enterocolitis aguda complicada con fiebre nerviosa	1	1	1	1	1	0	1
enterocolitis aguda en la convalecencia del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
enterocolitis causa fundamental sarampion	1	7	1	2	1	2	1
enterocolitis coleriforme	5	7	1	1	2	0	2
enterocolitis colibacilar	5	7	1	1	2	0	1
enterocolitis complicada con cefalgia	5	7	1	1	2	0	1
enterocolitis complicada con pulmonia	5	7	1	1	2	0	1
enterocolitis consecuencia del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
enterocolitis consecutiva a erisipela	1	21	1	2	0	0	1
enterocolitis consecutiva a erisipela ambulante	1	21	1	2	0	0	1
enterocolitis consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	4
enterocolitis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	3
enterocolitis cronica	5	7	1	1	2	0	14
enterocolitis cronica agravada con una timpanitis	5	7	1	1	2	0	1
enterocolitis dependiente de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
enterocolitis estival	5	7	1	1	2	0	1
enterocolitis hemorragia	5	7	1	1	2	0	1
enterocolitis hemorragica	5	7	1	1	2	0	1
enterocolitis intensa	5	7	1	1	2	0	1
enterocolitis peritonitis timica	5	19	1	4	9	0	1
enterocolitis por la denticion	11	2	1	4	7	0	1
enterocolitis ulcerosa	5	7	1	1	2	0	1
enteroduodenitis	5	7	1	1	2	0	1
enterogastritis cronica	5	7	1	1	2	0	1
enterohepatitis cronica	5	17	1	4	9	0	1
enterointestinal	5	7	1	1	2	0	1
enteromeningitis	5	7	1	1	2	0	1
enteromesenteritis	5	7	1	1	2	0	1
enteroperitonitis	5	19	1	4	9	0	6
enteroperitonitis aguda	5	19	1	4	9	0	1
enterorrea	5	11	2	8	2	0	1
epantema	8	8	1	4	1	0	1
epantema retropulso	8	8	1	4	1	0	1
epidemia	14	3	1	4	0	0	1
epidemia reinante	1	14	1	1	0	0	2
epilepsia	2	11	2	5	0	0	31
epilepsia esencial	2	11	2	5	0	0	2
epilepsia gastrica	5	5	2	8	1	0	1
epilepsia que produjo un derrame cerebral	2	6	2	4	1	0	1
epileptico	2	11	2	5	0	0	1
epileptiforme	2	11	2	5	0	0	1
epileptosis	2	11	2	5	0	0	1
epistasia viruela	1	6	1	2	1	1	1
epistasis	4	1	2	6	0	0	2
epondiliosis uramelica	9	2	2	10	0	0	1
erisipela	1	21	1	2	0	0	78

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
erisipela ambulante	1	21	1	2	0	0	1
erisipela bullosa	1	21	1	2	0	0	1
erisipela cabeza	1	21	1	2	0	0	1
erisipela de la cara y pecho	1	21	1	2	0	0	1
erisipela de la piel	1	21	1	2	0	0	1
erisipela de San Antonio	1	21	1	2	0	0	1
erisipela del cuero cabelludo	1	21	1	2	0	0	2
erisipela del vientre	1	21	1	2	0	0	1
erisipela edematosa	1	21	1	2	0	0	1
erisipela en la cara	1	21	1	2	0	0	1
erisipela filtronodica	1	21	1	2	0	0	1
erisipela flemonosa	1	21	1	2	0	0	10
erisipela flictenosa	1	21	1	2	0	0	1
erisipela gangrenosa	1	21	1	2	0	0	6
erisipela gangrenosa en el vientre	1	21	1	2	0	0	1
erisipela general	1	21	1	2	0	0	1
erisipela general en todo el cuerpo	1	21	1	2	0	0	1
erisipela generalizada	1	21	1	2	0	0	1
erisipela infecciosa intestinal	1	21	1	2	0	0	1
erisipela pulmonar	1	21	1	2	0	0	1
erisipela quirurgica por ulceracion del cordón	1	21	1	2	0	0	1
erisipela traumatica	1	21	1	2	0	0	1
erisipela volante	1	21	1	2	0	0	1
eritema flegmanoso	8	8	2	10	0	0	1
eritema retropulsado a los organos respiratorios	8	8	2	10	0	0	1
erupcion	8	8	2	10	0	0	3
erupcion cutanea	8	8	2	10	0	0	4
erupcion de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
erupcion dentaria	11	2	1	4	7	0	23
erupcion herpetica	8	8	1	4	1	0	1
erupcion mopetica	8	8	2	10	0	0	1
erupcion puntulosa	8	8	2	10	0	0	1
erupcion virulenta	8	8	1	4	1	0	1
escarlatina	1	8	1	2	1	0	82
escarlatina anginosa	1	8	1	2	1	0	1
escarlatina complicada con ataque cerebral	1	8	1	2	1	0	1
escarlatina complicada con escrofulismo	1	8	1	2	1	0	1
escarlatina con angina difterica	1	8	1	2	1	0	1
escarlatina maligna	1	8	1	2	1	0	1
escarlatina nefritis aguda	1	8	1	2	1	0	2
escarlatina que ataco a los organos respiratorios	1	8	1	2	1	0	2
escarlatina que ataco con intensidad	1	8	1	2	1	0	1
escarlatina que ataco con intensidad los organos respira- torios	1	8	1	2	1	0	2
escarlatina que ataco la laringe con intensidad	1	8	1	2	1	0	1
escarlatina retropulsa	1	8	1	2	1	0	1
escarlatina y sarampion maligno	1	7	1	2	1	2	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
escilonifosis	9	2	2	10	0	0	1
escirro del bazo	1	49	2	13	0	0	1
esclerema	8	8	2	10	0	0	2
esclerema difuso	8	8	2	10	0	0	2
esclonimia	8	8	2	10	0	0	1
escorbuto	1	53	2	1	0	0	44
escorbuto consecutivo a viruela confluyente maligna	1	6	1	2	1	1	1
escorbuto corrosivo y enteritis	1	53	2	1	0	0	1
escorbuto en la boca	1	53	2	1	0	0	1
escrofula	1	38	1	2	2	1	2
escrofulismo	1	38	1	2	2	1	6
escrofulosis	1	38	1	2	2	1	1
eselamipcion	1	7	1	2	1	2	1
esfracmo precordial	2	13	2	5	0	0	1
esfuerzos del parto	11	3	2	11	1	0	2
espasmo al estomago	5	5	2	8	1	0	1
espasmo de la glotis	4	2	1	2	1	0	4
espasmo filia	2	13	2	5	0	0	4
espasmo filia colitis aguda	5	7	1	1	2	0	1
espasmo filia laringea	4	2	1	2	1	0	1
espina bifida	10	1	2	12	0	0	1
esplenitis	5	18	1	4	4	0	4
esplenitis aguda	5	18	1	4	4	0	1
esplenitis cronica	5	18	1	4	4	0	1
esplenomegalia	5	18	2	6	0	0	1
estado aftoso	5	1	1	4	5	0	1
estado anemico	1	58	2	1	0	0	1
estado de descomposicion	14	3	3	0	0	0	1
estado gripal	1	12	1	2	0	0	1
estenosis laringea	4	2	1	2	1	0	3
estomatitis	5	1	1	4	5	0	19
estomatitis aftas	5	1	1	4	5	0	1
estomatitis aftosa	5	1	1	4	5	0	8
estomatitis aftosa consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	1
estomatitis catarral	5	1	1	4	5	0	1
estomatitis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
estomatitis corrosiva	5	1	1	4	5	0	1
estomatitis corruptis ufurosas	5	1	1	4	5	0	1
estomatitis difterica	1	11	1	2	1	0	1
estomatitis gangrenosa	5	1	1	4	5	0	12
estomatitis retropulsa	5	1	1	4	5	0	1
estomatitis seudogangrenosa	5	1	1	4	5	0	1
estomatitis seudomembranosa	5	1	1	4	5	0	4
estomatitis ulcera consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	1
estomatitis ulceromembranosa	5	1	1	4	5	0	1
estomatitis ulcerosa	5	1	1	4	5	0	12
estrangulacion de la hernia inguinal	5	10	2	8	2	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
estrechez de la glotis	4	2	1	2	1	0	1
estrechez mitral	3	3	2	6	0	0	3
estreptococia generalizada	1	23	1	4	0	0	1
eutitis	14	3	3	0	0	0	1
examicacion	14	3	3	0	0	0	1
exantema cronico	8	8	1	4	1	0	1
expresada	14	3	3	0	0	0	1
extensas quemaduras	13	13	2	14	0	0	1
extensas quemaduras de segundo grado	13	13	2	14	0	0	1
extensas y profundas quemaduras	13	13	2	14	0	0	1
extenuacion	14	4	2	14	1	0	22
extenuacion a consecuencia de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
extenuacion debida a no querer alimentarse	13	20	2	14	1	0	1
extenuacion general	14	4	2	14	1	0	1
extenuacion organica por falta de alimentacion y lesion hepatica	5	17	2	8	3	0	1
extraido muerto del vientre de su madre	11	4	2	11	1	0	1
extroeme falitis	14	3	3	0	0	0	1
factos en el aparato digestivo	5	1	1	4	5	0	1
falta completa del ano	10	1	2	12	0	0	1
falta de auxilio en los primeros momentos o quizas a consecuencia de la hemorragia que debio producirse por el corte dado al cordon umbilical a causa de no haberle ligado oportunamente	11	3	2	11	1	0	1
falta de condicion viable	10	1	2	12	0	0	1
falta de condiciones de viabilidad	10	1	2	12	0	0	2
falta de condiciones fisicas	10	1	2	12	0	0	1
falta de condiciones viables	10	1	2	12	0	0	13
falta de condiciones vitales	10	1	2	12	0	0	52
falta de condiciones vitales y no ser de tiempo	11	1	2	11	0	0	2
falta de desarrollo	10	1	2	12	0	0	171
falta de desarrollo adquirido en el claustro materno	10	1	2	12	0	0	1
falta de desarrollo del sistema reparador	10	1	2	12	0	0	1
falta de desarrollo en el claustro materno	10	1	2	12	0	0	6
falta de desarrollo fisico	10	1	2	12	0	0	2
falta de desarrollo fisico por nacimiento prematuro y gemelo	11	1	2	11	0	0	2
falta de desarrollo fisico por parto prematuro	11	1	2	11	1	0	1
falta de desarrollo intestinal	10	1	2	12	0	0	1
falta de desarrollo intrauterino	10	1	2	12	0	0	5
falta de desarrollo necesario para la vida	10	1	2	12	0	0	2
falta de desarrollo o nutricion	10	1	2	12	0	0	1
falta de desarrollo organico	10	1	2	12	0	0	64
falta de desarrollo organico consecutivo al parto prematuro	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo organico en el claustro materno	10	1	2	12	0	0	3
falta de desarrollo organico intrauterino	10	1	2	12	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
falta de desarrollo organico por contar solamente con seis meses de vida intrauterina	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo organico por contar solamente seis meses de vida intrauterina	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo organico por nacer a los ocho meses de vida intrauterina	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo organico por no ser de tiempo	11	1	2	11	0	0	2
falta de desarrollo organico por no ser de tiempo ambos gemelos	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo organico por ser feto de dos meses	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo para ser viable	10	1	2	12	0	0	3
falta de desarrollo por no ser de su tiempo	11	1	2	11	0	0	3
falta de desarrollo por no ser de tiempo	11	1	2	11	0	0	2
falta de desarrollo por no ser de todo tiempo	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo por no ser tiempo	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo por no ser viable	10	1	2	12	0	0	1
falta de desarrollo por parto anticipado	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo sietemesina	11	1	2	11	0	0	1
falta de desarrollo suficiente para ser viable	10	1	2	12	0	0	1
falta de desarrollo y bronconeumonia	10	1	2	12	0	0	1
falta de desarrollo y de nutricion	13	20	2	14	1	0	1
falta de desarrollo y nutricion	13	20	2	14	1	0	5
falta de edad y desarrollo intrauterino	11	1	2	11	0	0	1
falta de energia vital	11	1	2	11	0	0	1
falta de nutricion	13	20	2	14	1	0	32
falta de nutricion por no mamar	13	20	2	14	1	0	1
falta de nutricion y debilidad	11	1	2	11	0	0	1
falta de nutricion y desarrollo	10	1	2	12	0	0	7
falta de respiracion	10	1	2	12	0	0	1
falta de tiempo	11	1	2	11	0	0	2
falta de tiempo en desarrollo intrauterino	11	1	2	11	0	0	1
falta de tiempo para su desarrollo normal	11	1	2	11	0	0	1
falta de tiempo por parto anticipado	11	1	2	11	0	0	1
falta de viabilidad	10	1	2	12	0	0	2
falta de vitalidad	10	1	2	12	0	0	1
fallecida dentro del claustro materno	11	1	2	11	0	0	1
faringitis aftosa	5	1	1	4	5	0	1
faringitis estridulosa	5	2	1	4	5	0	1
faringitis gangrenosa	5	2	1	4	5	0	1
faringitis membranosa	5	2	1	4	5	0	1
faringitis ulcerosa	5	2	1	4	5	0	1
faringoamigdalitis difterica	1	11	1	2	1	0	1
faringolaringitis subsiguiente al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
fata de condiciones de viabilidad	10	1	2	12	0	0	1
fenomeno de la denticion	11	2	1	4	7	0	11
fenomeno o ataque eclampsico	2	12	2	5	0	0	1
fenomeno propio de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
fetal asfixia	11	3	2	11	1	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
fetal desprendimiento placenta precoz	11	3	2	11	1	0	1
feto	11	1	2	11	0	0	1
fiebre	1	59	1	4	0	0	11
fiebre adenomeningea	1	1	1	1	1	0	2
fiebre adinamica	1	1	1	1	1	0	32
fiebre adinamica ataxica	1	1	1	1	1	0	2
fiebre adinamica comatosa	1	1	1	1	1	0	1
fiebre adinamica imbecil	1	1	1	1	1	0	1
fiebre algida	1	1	1	1	1	0	1
fiebre alta en el curso de sarampion	1	7	1	2	1	2	1
fiebre ataxica	1	1	1	1	1	0	22
fiebre ataxica cerebral	1	1	1	1	1	0	3
fiebre ataxoadinamica	1	1	1	1	1	0	5
fiebre ataxoadinamica nerviosa	1	1	1	1	1	0	2
fiebre biliosa	1	4	1	3	0	0	3
fiebre catarral	4	13	1	2	2	0	68
fiebre catarral degenerada	4	13	1	2	2	0	1
fiebre catarral infecciosa	4	13	1	2	2	0	1
fiebre cerebral	1	1	1	1	1	0	10
fiebre cerebral hectica	1	37	1	2	2	1	1
fiebre cerebral intermitente	1	4	1	3	0	0	1
fiebre colibacilar	1	16	1	1	0	0	1
fiebre comatosa	1	4	1	3	0	0	3
fiebre consecutiva	1	59	1	4	0	0	4
fiebre consuntiva	1	4	1	3	0	0	6
fiebre de consuncion	1	4	1	3	0	0	1
fiebre de consuncion en el periodo de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
fiebre de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
fiebre de reabsorcion	1	23	1	4	0	0	1
fiebre endemica	1	4	1	3	0	0	1
fiebre enteromesenterica	1	1	1	1	1	0	2
fiebre eruptiva	8	8	1	4	1	0	6
fiebre escarlatinosa	1	8	1	2	1	0	3
fiebre escarlatinosa con eclampsia	1	8	1	2	1	0	1
fiebre escarlatinosa maligna	1	8	1	2	1	0	1
fiebre exantematica	8	8	1	4	1	0	1
fiebre gastrica	1	1	1	1	1	0	77
fiebre gastrica adinamica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre gastrica biliosa	1	4	1	3	0	0	8
fiebre gastrica catarral	1	1	1	1	1	0	2
fiebre gastrica cerebral	1	1	1	1	1	0	5
fiebre gastrica complicada con pulmonia doble	1	1	1	1	1	0	1
fiebre gastrica complicada con ulceraciones laringeas	1	1	1	1	1	0	1
fiebre gastrica con meningitis	1	1	1	1	1	0	1
fiebre gastrica consecutiva del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
fiebre gastrica de forma ataxica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre gastrica infecciosa	1	1	1	1	1	0	2

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
fiebre gastrica nerviosa	1	1	1	1	1	0	2
fiebre gastrica remitente	1	3	1	3	0	0	1
fiebre gastrica tifoidea	1	1	1	1	1	0	2
fiebre gastroadinamica	1	1	1	1	1	0	5
fiebre gastroataxica	1	1	1	1	1	0	4
fiebre gastrocerebral	1	1	1	1	1	0	1
fiebre gastroinfecciosa	1	1	1	1	1	0	1
fiebre gastronerviosa	1	1	1	1	1	0	1
fiebre gripal	1	12	1	2	0	0	1
fiebre gripal infecciosa	1	12	1	2	0	0	2
fiebre hectica	1	37	1	2	2	1	8
fiebre infecciosa	1	59	1	4	0	0	27
fiebre infecciosa con absceso visceral	8	3	1	4	1	0	2
fiebre infecciosa con eclampsia	1	59	1	4	0	0	1
fiebre infecciosa con estomatitis especifica	5	1	1	4	5	0	1
fiebre infecciosa con meningitis	2	2	1	4	2	0	1
fiebre infecciosa consecutiva a la escarlatina	1	8	1	2	1	0	1
fiebre infecciosa consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	2
fiebre infecciosa de forma cerebral	1	1	1	1	1	0	1
fiebre infecciosa en la convalecencia del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
fiebre infecciosa gastrointestinal	1	1	1	1	1	0	1
fiebre infecciosa morbiliosa	1	7	1	2	1	2	1
fiebre infecciosa por ascitis intraabdominal	14	1	2	6	0	0	1
fiebre infecciosa producida por la gangrena en la boca	8	1	1	4	1	0	1
fiebre infecciosa subsiguiente al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
fiebre inflamatoria	1	4	1	3	0	0	6
fiebre intermitente	1	4	1	3	0	0	17
fiebre intermitente perniciosa	1	4	1	3	0	0	5
fiebre intestinal infecciosa	1	4	1	3	0	0	1
fiebre lactea	11	3	2	11	1	0	1
fiebre larvada	1	4	1	3	0	0	1
fiebre lenta	1	37	1	2	2	1	18
fiebre lenta ataxica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre lenta nerviosa	1	1	1	1	1	0	1
fiebre maligna	1	1	1	1	1	0	1
fiebre meningogastrica	1	1	1	1	1	0	4
fiebre mesenterica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre morbiliosa con meningitis cerebral	1	7	1	2	1	2	1
fiebre morbiliosa de forma cerebral	1	7	1	2	1	2	1
fiebre morbiliosa grave	1	7	1	2	1	2	2
fiebre mucosa	5	7	1	1	2	0	3
fiebre musculosa	1	59	1	4	0	0	1
fiebre nerviosa	1	1	1	1	1	0	68
fiebre nerviosa atacada a la cabeza	1	1	1	1	1	0	1
fiebre nerviosa ataxoadinamica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre nerviosa cerebral	1	1	1	1	1	0	1
fiebre nerviosa con derrame seroso cerebral	1	1	1	1	1	0	2

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
fiebre nerviosa con parálisis	1	1	1	1	1	0	1
fiebre nerviosa con pleuresia	1	1	1	1	1	0	1
fiebre nerviosa consecuencia de la dentición	11	2	1	4	7	0	1
fiebre nerviosa consecutiva a la dentición	11	2	1	4	7	0	3
fiebre nerviosa consecutiva a la oclusión dentaria	11	2	1	4	7	0	1
fiebre nerviosa consecutiva al sarampión	1	7	1	2	1	2	1
fiebre nerviosa de forma atáxica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre nerviosa hipertermica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre palúdica	1	4	1	3	0	0	8
fiebre paratífica	1	1	1	1	1	0	2
fiebre parotida aftosa	5	1	1	4	5	0	1
fiebre perniciosa	1	4	1	3	0	0	47
fiebre petequial	1	2	1	3	0	0	3
fiebre putrida	1	2	1	3	0	0	3
fiebre remitente	1	4	1	3	0	0	1
fiebre reumática	1	51	1	4	0	0	2
fiebre reumática aguda	1	51	1	4	0	0	1
fiebre septicémica consecutiva a una quemadura	13	13	2	14	0	0	1
fiebre tífica	1	1	1	1	1	0	3
fiebre tífica consecutiva al sarampión	1	7	1	2	1	2	1
fiebre tifoidea	1	1	1	1	1	0	85
fiebre tifoidea adinámica	1	1	1	1	1	0	2
fiebre tifoidea angioténica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre tifoidea atáxica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre tifoidea con complicación neumónica	1	1	1	1	1	0	1
fiebre tifoidea con parotiditis	1	1	1	1	1	0	1
fiebre tifoidea consecutiva al sarampión	1	7	1	2	1	2	2
fiebre variolosa	1	6	1	2	1	1	3
fiebre verminosa	5	9	1	3	0	0	1
fimias pulmonar	1	30	1	2	2	1	2
fístula en el ano	5	12	2	8	2	0	2
fístula maligna	8	8	1	4	1	0	1
flegmasia	1	59	1	4	0	0	1
flegmasia intestinal	5	11	2	8	2	0	1
flemon	8	3	1	4	1	0	3
flemon de cuello	8	3	1	4	1	0	1
flemon de la fosa esguicorectal y septicemia consecutiva	8	3	1	4	1	0	1
flemon difuso	8	3	1	4	1	0	5
flemon difuso del cuello	8	3	1	4	1	0	1
flemon difuso del escroto y perone	8	3	1	4	1	0	1
flemon difuso en un brazo	8	3	1	4	1	0	1
flemon difuso infeccioso	8	3	1	4	1	0	1
flemon difuso terminado por gangrena	8	3	1	4	1	0	1
flemon laríngeo	8	3	1	4	1	0	1
flemon profundo en la pierna	8	3	1	4	1	0	1
flexión o flemon muslo	8	3	1	4	1	0	1
flogosis intestinal	1	21	1	2	0	0	3

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
flogosis lactea que ataco los organos respiratorios	1	21	1	2	0	0	1
flujo	14	3	3	0	0	0	1
flujo de vientre	5	7	1	1	2	0	1
fluxion	11	2	1	4	7	0	1
fluxion dentaria	11	2	1	4	7	0	1
fluxion gastrointestinal	11	2	1	4	7	0	2
fluxion pulmonar	4	9	2	7	0	0	1
foco apopletico cerebral	2	6	2	4	1	0	1
fractura craneal con hundimiento	13	10	2	14	0	0	1
fractura de la base del craneo al ser atropellada por un coche	13	10	2	14	0	0	1
fractura de la boveda craneal	13	10	2	14	0	0	1
fractura del craneo	13	10	2	14	0	0	1
fractura y hundimiento de los huesos del craneo y seccion longitudinal superior con heridas de meninges	13	10	2	14	0	0	1
frenitis aguda	2	2	1	4	2	0	1
fruto de parto doble	11	3	2	11	1	0	1
fuego	13	13	2	14	0	0	2
fuerte compresion que sufrio la masa encefalica	13	12	2	14	0	0	1
fuerte convulsion	2	13	2	5	0	0	2
fuerte indigestion	5	5	2	8	1	0	1
fuerte indigestion que produjo un colapso cardiaco	5	5	2	8	1	0	1
fuerte vomito	5	20	2	8	0	0	1
gangrena	8	1	1	4	1	0	32
gangrena bucal	8	1	1	4	1	0	1
gangrena de la boca	8	1	1	4	1	0	35
gangrena de la boca y nariz	8	1	1	4	1	0	1
gangrena de la piel e infeccion general	8	1	1	4	1	0	1
gangrena de los pies	8	1	1	4	1	0	1
gangrena de pott	8	1	1	4	1	0	1
gangrena de vientre	8	1	1	4	1	0	2
gangrena del escroto	8	1	1	4	1	0	1
gangrena en boca	8	1	1	4	1	0	2
gangrena en extremidades	8	1	1	4	1	0	1
gangrena en la boca producida por el sarampion	1	7	1	2	1	2	1
gangrena en las extremidades inferiores	8	1	1	4	1	0	1
gangrena en pie	8	1	1	4	1	0	1
gangrena externa	8	1	1	4	1	0	1
gangrena gastroenteritis cronica	8	1	1	4	1	0	1
gangrena general	8	1	1	4	1	0	1
gangrena humeda	8	1	1	4	1	0	1
gangrena intestinal	8	1	1	4	1	0	1
gangrena que se presenta en el curso del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
gangrena seca	8	1	1	4	1	0	1
garganta	5	2	2	8	0	0	1
garrotillo	1	11	1	2	1	0	85
garrotillo o angina estridulosa	1	11	1	2	1	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
gastralgia	5	5	2	8	1	0	3
gastrica	1	1	1	1	1	0	6
gastrica adinamica	1	1	1	1	1	0	1
gastrica febril	1	1	1	1	1	0	1
gastrica infecciosa	1	1	1	1	1	0	1
gastrica remitente	1	4	1	3	0	0	1
gastricismo	5	5	2	8	1	0	1
gastrico febril	5	5	1	4	9	0	1
gastricotifoidea	1	1	1	1	1	0	1
gastritis	5	5	1	4	9	0	247
gastritis actoral	5	5	1	4	9	0	1
gastritis aguda	5	5	1	4	9	0	49
gastritis aguda alimenticia	5	5	1	4	9	0	1
gastritis atonica	5	5	1	4	9	0	1
gastritis cronica	5	5	1	4	9	0	28
gastritis intensa	5	5	1	4	9	0	1
gastritis intensa con gangrena	5	5	1	4	9	0	1
gastritis ulcerosa	5	5	1	4	9	0	1
gastritis y enteritis eruptivas	11	2	1	4	7	0	1
gastro	5	5	2	8	1	0	1
gastroadinamica	1	1	1	1	1	0	3
gastroataxia	1	1	1	1	1	0	1
gastroatrepsia	13	20	2	14	1	0	1
gastrocerebral	1	1	1	1	1	0	1
gastrocolitis	5	7	1	1	2	0	1
gastrocolitis aguda	5	7	1	1	2	0	1
gastrocolitis cronica	5	7	1	1	2	0	1
gastroduodenohepatitis	5	17	1	4	9	0	1
gastroencefalitis	5	5	1	4	9	0	3
gastroenteralgia aguda	5	11	2	8	2	0	1
gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1697
gastroenteritis aguda	5	7	1	1	2	0	323
gastroenteritis aguda colapso	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis aguda complicada con bronquitis capilar	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis aguda consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	3
gastroenteritis aguda infantil	5	7	1	1	2	0	6
gastroenteritis aguda infecciosa	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis aguda meningitis	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis aguda y bronquitis capilar	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis aparato digestivo	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis atrepsia	13	20	2	14	1	0	1
gastroenteritis catarral	5	7	1	1	2	0	5
gastroenteritis colapso	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis coleriforme	5	7	1	1	2	0	3
gastroenteritis complicada	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis con edema	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis consecutiva	5	7	1	1	2	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
gastroenteritis consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	26
gastroenteritis consecutiva a la denticion aparato digestivo	11	2	1	4	7	0	1
gastroenteritis consecutiva a sarampion	1	7	1	2	1	2	2
gastroenteritis cronica	5	7	1	1	2	0	74
gastroenteritis cronica consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	2
gastroenteritis cronica y erisipela flemonosa	1	21	1	2	0	0	1
gastroenteritis de denticion	11	2	1	4	7	0	2
gastroenteritis del sarampion	1	7	1	2	1	2	2
gastroenteritis delamal	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis dentaria	11	2	1	4	7	0	1
gastroenteritis denticional	11	2	1	4	7	0	2
gastroenteritis diarrea generalizada	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis disenterica	1	16	1	1	0	0	3
gastroenteritis en el sarampion	1	7	1	2	1	2	1
gastroenteritis en la convalecencia del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
gastroenteritis en la evolucion de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
gastroenteritis enteritis	5	7	1	1	2	0	2
gastroenteritis hemorragica	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis hepatitis aguda	5	17	1	4	9	0	1
gastroenteritis infantil	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis infantil aguda	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis infecciosa	5	7	1	1	2	0	2
gastroenteritis por indigestion	5	5	2	8	1	0	1
gastroenteritis por sarampion	1	7	1	2	1	2	1
gastroenteritis procedente del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
gastroenteritis simultanea a la denticion	11	2	1	4	7	0	1
gastroenteritis sintomatica a la denticion	11	2	1	4	7	0	2
gastroenteritis sintomatica al trabajo de denticion	11	2	1	4	7	0	1
gastroenteritis sintomatica de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
gastroenteritis subaguda	5	7	1	1	2	0	1
gastroenteritis ulcerosa	5	7	1	1	2	0	3
gastroenteritis y absceso en la garganta	8	3	1	4	1	0	1
gastroenteritis y nefritis	6	1	1	4	6	0	1
gastroenteritis y raquitismo	9	1	2	1	1	0	1
gastroenteritis y tumor canceroso en la region anal	1	49	2	13	0	0	1
gastroenterocefalitis	5	7	1	1	2	0	4
gastroenterocefalitis consecuencia de la escarlatina	1	8	1	2	1	0	1
gastroenterocerebritis	5	7	1	1	2	0	1
gastroenterocolitis	5	7	1	1	2	0	17
gastroenterocolitis catarral	5	7	1	1	2	0	1
gastroenterocolitis cronica	5	7	1	1	2	0	4
gastroenterohepatitis	5	17	1	4	9	0	1
gastroenterohepatitis aguda	5	17	1	4	9	0	1
gastroenteroperitonitis accidental	5	19	1	4	9	0	1
gastroenterorragia	5	11	2	8	2	0	1
gastroestomatitis	5	1	1	4	5	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
gastrogastritis	5	5	1	4	9	0	1
gastrohepatitis	5	17	1	4	9	0	10
gastrohepatitis aguda	5	17	1	4	9	0	2
gastrohepatitis cronica	5	17	1	4	9	0	1
gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	4
gastromesoencefalitis	5	5	1	4	9	0	1
gastroneumonia	5	5	1	4	9	0	1
gastroneumonitis	5	5	1	4	9	0	3
gastroneumonitis aguda	5	5	1	4	9	0	1
gastroneumonitis cronica	5	5	1	4	9	0	3
gastroperitonitis	5	19	1	4	9	0	2
gastroperitonitis aguda	5	19	1	4	9	0	1
gastroperitonitis cronica	5	19	1	4	9	0	1
gastropleuritis aguda	5	5	1	4	9	0	1
gastrorragia	5	5	2	8	1	0	5
gastrorragia debilidad congenita	10	1	2	12	0	0	1
gastrorragia en el curso de una fiebre tifoidea	1	1	1	1	1	0	1
gauroflamacion	14	3	3	0	0	0	1
genodocefalia	14	3	3	0	0	0	1
glositis	5	1	1	4	5	0	1
golpe en cabeza por una caida	13	12	2	14	0	0	1
golpe en el pecho	13	23	2	14	0	0	1
granulia tuberculosa	1	37	1	2	2	1	1
gripe	1	12	1	2	0	0	38
gripe insuficiencia valvular	1	12	1	2	0	0	1
haber caido en la charca de agua por asfixia	13	18	2	14	0	0	1
haber nacido antes de tener condiciones de ser viable	10	1	2	12	0	0	1
haber nacido antes de tiempo	11	1	2	11	0	0	1
haber nacido muerto en el claustro materno	11	4	2	11	1	0	1
haber nacido sin condiciones de vida	10	1	2	12	0	0	1
haber nacido sin condiciones vitales	10	1	2	12	0	0	1
haber nacido sin tiempo	11	1	2	11	0	0	3
haberla faltado su madre	11	3	2	11	1	0	1
haberse caido una puerta y cogidole debajo	13	23	2	14	0	0	1
haberse hallado en el pozo	13	18	2	14	0	0	1
hallada muerta	14	3	3	0	0	0	1
hallado muerto	14	3	3	0	0	0	1
hematemesis	5	5	2	8	1	0	2
hematemesis aguda	5	5	2	8	1	0	1
hemaulinosis	14	3	3	0	0	0	1
hemiplejia	2	18	2	5	0	0	2
hemiplejia cerebral	2	18	2	5	0	0	1
hemofilia	3	9	2	6	0	0	2
hemopatía cronica	1	57	2	6	0	0	1
hemoptisis	1	30	1	2	2	1	5
hemoptisis bronquitis	4	4	1	2	2	0	1
hemoptisis purpura hemorragica	1	30	1	2	2	1	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
hemorragia	3	9	2	6	0	0	5
hemorragia cerebral	2	6	2	4	1	0	14
hemorragia cerebral anectasina arterial	2	6	2	4	1	0	1
hemorragia cerebral de origen traumatico por fracturas en region temporal	13	10	2	14	0	0	1
hemorragia cerebral hipertension	2	6	2	4	1	0	1
hemorragia cerebral por explosion de bomba de aviacion	13	23	2	14	0	0	1
hemorragia cerebral por fuertes contusiones	13	12	2	14	0	0	1
hemorragia del cordon umbilical	11	1	2	11	0	0	1
hemorragia intestinal enterocolitis ulcerosa	5	7	1	1	2	0	1
hemorragia por bronquitis capilar	4	4	1	2	2	0	1
hemorragia pulmonar	4	13	2	7	0	0	2
hemorragia pulmonar traumatica	4	13	2	7	0	0	1
hemorragia umbilical	11	1	2	11	0	0	3
hemorragia umbilical a consecuencia de ulceracion del mismo	11	1	2	11	0	0	1
hemorragia vitrocraneal	2	6	2	4	0	0	1
hemorragica de la desecacion de la viruela	1	6	1	2	1	1	1
hepatismo	5	17	2	8	3	0	1
hepatitis	5	17	1	4	9	0	26
hepatitis aguda	5	17	1	4	9	0	17
hepatitis congenita	10	1	2	12	0	0	1
hepatitis cronica	5	17	1	4	9	0	15
hepatitis purulenta	5	17	1	4	9	0	1
hepatitis supurada	5	17	1	4	9	0	1
heredosifilis	10	1	2	12	0	0	1
herida de arma de fuego con destrozo del corazon y pulmon izquierdo	13	23	2	14	0	0	1
herida en la cabeza	13	23	2	14	0	0	1
herida en vientre	13	23	2	14	0	0	1
herida traumatica	13	12	2	14	0	0	1
herida traumatica de la cabeza con lesion del cerebro	13	12	2	14	0	0	1
heridas por bomba de mano	13	23	2	14	0	0	1
hernia abdominal	5	10	2	8	2	0	1
hernia cerebral	2	18	2	5	0	0	1
hernia doble	5	10	2	8	2	0	1
hernia estrangulada	5	10	2	8	2	0	2
hernia umbilical	5	10	2	8	2	0	1
herpes cutaneo	8	8	1	4	1	0	1
hidrocefalia	10	1	2	12	0	0	10
hidrocefalia con tabes mesenterica	10	1	2	12	0	0	1
hidrocefalia congenita	10	1	2	12	0	0	3
hidrocefalia cronica	10	1	2	12	0	0	1
hidrocefalia encefalitis	10	1	2	12	0	0	1
hidrocefalia espina bifida congenita	10	1	2	12	0	0	1
hidrocefalia interna	10	1	2	12	0	0	1
hidrocefalo	10	1	2	12	0	0	12

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
hidrocefalo accidental	11	3	2	11	1	0	1
hidrocefalo agudo	10	1	2	12	0	0	3
hidrocefalo congenito	10	1	2	12	0	0	2
hidrocefalo cronico	10	1	2	12	0	0	4
hidrocefalo voluminoso	10	1	2	12	0	0	1
hidrofobia	1	26	1	3	0	0	1
hidrohemia general	14	1	2	6	0	0	1
hidropericarditis	3	1	1	4	4	0	1
hidropesia	14	1	2	6	0	0	36
hidropesia anasarca	14	1	2	6	0	0	8
hidropesia ascitis	14	1	2	6	0	0	2
hidropesia carditis	14	1	2	6	0	0	1
hidropesia cronica	14	1	2	6	0	0	1
hidropesia de cabeza	2	6	2	4	1	0	3
hidropesia general	14	1	2	6	0	0	12
hidrorraquis	2	5	1	4	2	0	2
hidrorraquitis	2	5	1	4	2	0	2
hidrotorax	4	13	2	7	0	0	17
hidrotorax agudo	4	13	2	7	0	0	1
hinchazon	14	3	3	0	0	0	13
hinchazon gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
hiperemia cerebral	2	6	2	4	1	0	6
hipertermia en la escarlatina y angina infecciosa	1	8	1	2	1	0	1
hipertrofia	14	3	3	0	0	0	1
hipertrofia cardiaca	3	3	2	6	0	0	2
hipertrofia del corazon	3	3	2	6	0	0	11
hipertrofia del corazon con anasarca	3	3	2	6	0	0	1
hipertrofia del corazon con otras lesiones organicas	3	3	2	6	0	0	1
hipertrofia del higado	5	17	2	8	3	0	2
hipoalimentacion	13	20	2	14	1	0	1
hipocondria	2	10	2	5	0	0	1
hiponutricion debilidad vital	11	1	2	11	0	0	1
hipotemia colapso enteritis	5	7	1	1	2	0	1
hiriasa hematogina de los recién nacidos	11	1	2	11	0	0	1
histerismo	2	16	2	5	0	0	1
humor aftoso	5	1	1	4	5	0	1
ictericia	5	13	2	8	3	0	19
ictericia catarral	5	13	2	8	3	0	1
ictericia del recién nacido	11	1	2	11	0	0	3
ictericia hematogena	5	13	2	8	3	0	1
ictericia hemolitica	5	13	2	8	3	0	1
ictericia neonatorum	11	1	2	11	0	0	2
ileocolitis	5	7	1	1	2	0	3
impetigo	8	8	1	4	1	0	1
implantacion viciosa de la placenta	11	3	2	11	1	0	1
imposibilidad vital deformacion congenita	10	1	2	12	0	0	1
inanicion	13	20	2	14	1	0	101

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
inanicion congenita	10	1	2	12	0	0	1
inanicion consecutiva a catarro intestinal agudo	5	7	1	1	2	0	1
inanicion consecutiva a los trastornos del aparato digestivo	5	5	2	8	1	0	1
inanicion eclampsica	13	20	2	14	1	0	1
inanicion por no querer mamar	13	20	2	14	1	0	3
inanicion producida por falta de desarrollo organico	10	1	2	12	0	0	1
inanicion producida por la dificultad de la deglucion	5	3	2	8	0	0	1
inanicion producida por los trastornos cerebrales que sufrio	2	18	2	5	0	0	1
inanicion y ataques epilepticos	13	20	2	14	1	0	1
incontinencia de orina	6	6	1	4	6	0	1
indigestion	5	5	2	8	1	0	50
indigestion colinativa con ataque al cerebro	5	5	2	8	1	0	1
indigestion gastrica	5	5	2	8	1	0	1
indigestion por irritacion en la baba	11	2	1	4	7	0	1
indigestion y denticion	11	2	1	4	7	0	1
induracion del tejido celular	8	8	2	10	0	0	1
infarto gastrico	5	5	1	4	9	0	1
infarto linfatico	3	8	2	6	0	0	1
infarto pulmonar	4	13	2	7	0	0	1
infarto visceral	14	3	3	0	0	0	2
infeccion	1	23	1	4	0	0	1
infeccion carbuncosa	1	25	1	3	0	0	1
infeccion colibacilar	5	7	1	1	2	0	3
infeccion del colera morbo	1	14	1	1	0	0	2
infeccion epidemica del colera morbo	1	14	1	1	0	0	1
infeccion epidemica reinante del colera morbo	1	14	1	1	0	0	1
infeccion gastrica	5	5	1	4	9	0	1
infeccion gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	10
infeccion general por propagacion del ombligo	11	1	2	11	0	0	1
infeccion generalizada con localizacion meningocerebral	2	2	1	4	2	0	1
infeccion gripal	1	12	1	2	0	0	12
infeccion intestinal	5	7	1	1	2	0	33
infeccion morbiliosa	1	7	1	2	1	2	2
infeccion morbiliosa con localizacion cerebral	1	7	1	2	1	2	1
infeccion morbiliosa sarampion anomalo	1	7	1	2	1	2	1
infeccion parenteral atrepsia	13	20	2	14	1	0	1
infeccion poliometitis	2	5	1	4	2	0	1
infeccion purulenta	1	23	1	4	0	0	2
infeccion reinante del colera morbo	1	14	1	1	0	0	2
infiltracion serosa pulmonar por coqueluche	1	9	1	2	1	0	1
inflamacion	1	59	1	4	0	0	3
inflamacion abdominal	5	20	1	4	9	0	1
inflamacion aftosa	5	1	1	4	5	0	1
inflamacion aguda de estomago	5	5	1	4	9	0	1
inflamacion aguda del cerebro	2	1	1	4	2	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
inflamacion aguda del higado	5	17	1	4	9	0	1
inflamacion cerebral	2	18	1	4	2	0	1
inflamacion cronica	1	59	1	4	0	0	1
inflamacion cronica de estomago	5	5	1	4	9	0	2
inflamacion cronica del higado	5	17	1	4	9	0	2
inflamacion de la vejiga urinaria	6	5	1	4	6	0	1
inflamacion de las membranas del cerebro	2	2	1	4	2	0	3
inflamacion de las membranas del corazon	3	3	1	4	4	0	1
inflamacion de las parotidas	5	1	1	4	5	0	4
inflamacion de los bronquios	4	4	1	2	2	0	1
inflamacion de los intestinos	5	7	1	1	2	0	2
inflamacion de los intestinos gruesos	5	7	1	1	2	0	2
inflamacion de vientre	5	20	1	4	9	0	6
inflamacion del bazo	5	18	1	4	4	0	1
inflamacion del cerebro	2	18	1	4	2	0	1
inflamacion del intestino grueso	5	7	1	1	2	0	1
inflamacion del pulmon	4	13	1	2	2	0	1
inflamacion en la boca	5	1	1	4	5	0	1
inflamacion encefalica	2	18	1	4	2	0	1
inflamacion gangrenosa	8	1	1	4	1	0	1
inflamacion gangrenosa en los genitales	8	1	1	4	1	0	1
inflamacion gastrica	5	5	1	4	9	0	1
inflamacion gastrica intestinal	5	7	1	1	2	0	1
inflamacion gastrohepatica	5	17	1	4	9	0	1
inflamacion gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	11
inflamacion gutural	5	2	1	4	5	0	1
inflamacion humopelativa	1	59	1	4	0	0	1
inflamacion intestinal	5	7	1	1	2	0	2
inflamacion linfatica	3	8	1	4	4	0	1
inflamacion parotida aguda	5	1	1	4	5	0	1
inflamacion pulmonar	4	13	1	2	2	0	1
inflamacion serosa	1	59	1	4	0	0	1
inflamatoria	1	59	1	4	0	0	1
inhibicion cardiaca	14	3	3	0	0	0	1
inmadurez organica grave	10	1	2	12	0	0	1
insecta	14	3	3	0	0	0	1
insuficiencia	10	1	2	12	0	0	2
insuficiencia aguda	14	3	3	0	0	0	1
insuficiencia aguda de miocardio	3	3	2	6	0	0	2
insuficiencia alimenticia por debilidad congenita	11	1	2	11	0	0	1
insuficiencia aortica	3	5	2	6	0	0	2
insuficiencia cardiaca	3	3	2	6	0	0	9
insuficiencia cardiaca bronquitis	4	4	1	2	2	0	2
insuficiencia cardiaca bronquitis capilar	4	4	1	2	2	0	1
insuficiencia cardiaca cardiopatia congenita	10	1	2	12	0	0	1
insuficiencia cardiaca encefalitis	2	1	1	4	2	0	1
insuficiencia cardiaca nefritis	6	1	1	4	6	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
insuficiencia cardiaca toxicosis	13	22	2	3	0	0	1
insuficiencia cardiaco-respiratoria tetanos	2	14	1	4	2	0	1
insuficiencia cardio-respiratoria	3	3	2	6	0	0	2
insuficiencia circulatoria aguda por deshidratacion enterocolitis	5	7	1	1	2	0	1
insuficiencia circulatoria bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	1
insuficiencia circulatoria colapso	3	10	2	6	0	0	1
insuficiencia circulatoria del ventriculo izquierdo	3	3	2	6	0	0	1
insuficiencia circulatoria encefalopatia	2	1	1	4	2	0	1
insuficiencia de desarrollo	10	1	2	12	0	0	107
insuficiencia de desarrollo organico	10	1	2	12	0	0	2
insuficiencia de desarrollo por nacimiento prematuro	11	1	2	11	0	0	1
insuficiencia del intestino grueso	10	1	2	12	0	0	1
insuficiencia general organica	10	1	2	12	0	0	1
insuficiencia hepatica	5	17	2	8	3	0	1
insuficiencia hepatica eritroblastosis fetal	10	1	2	12	0	0	1
insuficiencia intestinal	10	1	2	12	0	0	1
insuficiencia mitral	3	3	2	6	0	0	5
insuficiencia mitral congenita	10	1	2	12	0	0	1
insuficiencia organica	10	1	2	12	0	0	5
insuficiencia pulmonar	4	13	2	7	0	0	1
insuficiencia renal	6	3	1	4	6	0	1
insuficiencia respiratoria	4	13	2	7	0	0	1
insuficiencia respiratoria aguda bronquitis capilar	4	4	1	2	2	0	1
insuficiencia ventricular	3	3	2	6	0	0	1
insuficiencia ventricular izquierda	3	3	2	6	0	0	3
insuficiencia ventriculo izquierdo	3	3	2	6	0	0	1
insuficiencia vital	10	1	2	12	0	0	10
insuficiencia vital debilidad congenita	11	1	2	11	0	0	1
insuficiencia vital gemela prematura	11	1	2	11	0	0	1
insuficiencia vital nacimiento prematuro	11	1	2	11	0	0	2
insuficiencia vital seis meses y medio de vida intrauterina	11	1	2	11	0	0	1
insuficiencia vital siete meses de vida intrauterina	11	1	2	11	0	0	1
insuficiencia vital sietemesino	11	1	2	11	0	0	2
insuficiencia vitalidad organica	10	1	2	12	0	0	1
insuficiente desarrollo	10	1	2	12	0	0	12
insuficiente desarrollo organico	10	1	2	12	0	0	5
intermitente	1	4	1	3	0	0	15
intermitente apoplejica	1	4	1	3	0	0	1
intermitente hemorragica	1	4	1	3	0	0	1
intermitente inveterada	1	4	1	3	0	0	1
intermitente larvada	1	4	1	3	0	0	2
intermitente paludica	1	4	1	3	0	0	2
intermitente perniciosa	1	4	1	3	0	0	31
intestinal	5	11	2	8	2	0	1
intoxicacion paludica	1	4	1	3	0	0	1
intoxicacion producida por la ingestion de cloruro morfico	13	22	2	3	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
intrauterina	11	4	2	11	1	0	1
intrauterum	11	4	2	11	1	0	1
invaginacion	5	10	2	8	2	0	1
invaginacion intestinal	5	10	2	8	2	0	2
inviabilidad	10	1	2	12	0	0	3
inyeccion infectada region glutea	13	23	2	14	0	0	1
irritacion	1	59	1	4	0	0	66
irritacion aguda intestinal	5	7	1	1	2	0	1
irritacion cronica de los intestinos	5	7	1	1	2	0	1
irritacion cronica de los intestinos gruesos	5	7	1	1	2	0	1
irritacion cronica del intestino grueso	5	7	1	1	2	0	1
irritacion cronica intestinal	5	7	1	1	2	0	1
irritacion de los intestinos	5	7	1	1	2	0	1
irritacion de los intestinos gruesos	5	7	1	1	2	0	2
irritacion de vientre	5	20	1	4	9	0	11
irritacion del intestino grueso	5	7	1	1	2	0	1
irritacion denticional	11	2	1	4	7	0	1
irritacion gastrica	5	5	1	4	9	0	28
irritacion gastrica biliosa	1	4	1	3	0	0	1
irritacion gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
irritacion gastroenteritis intestinal	5	7	1	1	2	0	1
irritacion gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	242
irritacion gastrointestinal aguda	5	7	1	1	2	0	2
irritacion gastrointestinal cronica	5	7	1	1	2	0	2
irritacion intestinal	5	7	1	1	2	0	19
irritacion por la dificil denticion	11	2	1	4	7	0	1
isquemia renal	6	3	1	4	6	0	1
juedia	14	3	3	0	0	0	2
kala azar	1	58	1	3	0	0	2
la dentadura no poderla romper	11	2	1	4	7	0	1
laboriosidad del parto	11	3	2	11	1	0	1
lactancia	13	20	2	14	1	0	1
laringitis	4	2	1	2	1	0	76
laringitis aguda	4	2	1	2	1	0	16
laringitis aguda producida por el sarampion	1	7	1	2	1	2	1
laringitis anglosa cruplaringe	1	10	1	2	1	0	1
laringitis catarral aguda	4	2	1	2	1	0	1
laringitis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
laringitis cronica	4	2	1	2	1	0	1
laringitis crupal	1	10	1	2	1	0	11
laringitis crupal agudisima	1	10	1	2	1	0	1
laringitis crupal consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
laringitis difterica	1	11	1	2	1	0	20
laringitis difterica crup	1	10	1	2	1	0	3
laringitis difterica y crup	1	10	1	2	1	0	1
laringitis edematosa	4	2	1	2	1	0	4
laringitis estridulosa	1	10	1	2	1	0	24

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
laringitis estridulosa consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
laringitis flemonosa	4	2	1	2	1	0	1
laringitis glandular aguda	4	2	1	2	1	0	1
laringitis gripal	1	12	1	2	0	0	5
laringitis infecciosa	4	2	1	2	1	0	1
laringitis membranosa	1	11	1	2	1	0	1
laringitis sarampion	1	7	1	2	1	2	2
laringitis septica aguda	4	2	1	2	1	0	1
laringitis serosa consecutiva a una sebitis supuratoria	4	2	1	2	1	0	1
laringitis seudocrup	1	10	1	2	1	0	6
laringitis seudocrupal consecutiva a sarampion	1	7	1	2	1	2	1
laringitis seudomembranosa	1	11	1	2	1	0	6
laringitis ulceromembranosa	1	10	1	2	1	0	1
laringitis ulcerosa	1	29	1	2	2	1	6
laringitis y amigdalitis ulceromembranosa	1	10	1	2	1	0	1
laringitis y bronquitis	4	2	1	2	1	0	1
laringitis y bronquitis capilar	4	2	1	2	1	0	1
laringobronquitis aguda	4	2	1	2	1	0	7
laringobronquitis catarral aguda	4	2	1	2	1	0	1
laringobronquitis infecciosa	4	2	1	2	1	0	1
laringoespasmo laringitis	4	2	1	2	1	0	1
laringofaringitis aguda	4	2	1	2	1	0	3
laringotraqueobronquitis	4	2	1	2	1	0	2
laringotraqueobronquitis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	2
laventisis	14	3	3	0	0	0	1
leptomeningitis aguda	2	2	1	4	2	0	1
lesion cardiaca	3	3	2	6	0	0	7
lesion cardiopulmonar	3	3	2	6	0	0	1
lesion congenita del corazon	10	1	2	12	0	0	3
lesion denticia	11	2	1	4	7	0	1
lesion funcional gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
lesion gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
lesion mortal por necesidad en organos multiples	13	23	2	14	0	0	1
lesion organica	14	3	3	0	0	0	17
lesion organica del corazon	3	3	2	6	0	0	20
lesion organica del higado	5	17	2	8	3	0	1
lesion traumatica por arma de fuego	13	23	2	14	0	0	1
lesiones por atropello de un camion	13	23	2	14	0	0	1
lesiones que el mismo habia sufrido	13	12	2	14	0	0	1
lesiones sufridas	13	12	2	14	0	0	1
lesiones sufridas en accidente de que fue victima	13	23	2	14	0	0	1
lesiones traumaticas	13	12	2	14	0	0	1
leucoflegmasia	4	12	2	7	0	0	1
leucosis	1	57	2	13	0	0	1
lienteria	5	7	1	1	2	0	8
linfadenia	1	57	2	13	0	0	2
linfatismo	1	38	1	2	2	1	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
lipotimia	3	10	2	6	0	0	1
litiasis biliar	5	16	2	8	3	0	1
locucion dentaria	11	2	1	4	7	0	1
los dientes	11	2	1	4	7	0	1
lupirema cerebral	2	18	2	5	0	0	1
llagas en la boca	5	1	1	4	5	0	3
llagas en la garganta	5	1	1	4	5	0	1
mal blanco	1	35	2	10	0	0	3
mal simple	14	3	3	0	0	0	1
mal vertebral de poltigratiquismo en su tercer periodo	1	33	1	2	2	1	1
mal vertebral de pott	1	33	1	2	2	1	2
mala conformacion del craneo	10	1	2	12	0	0	1
mala conformacion y falta de desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
mala constitucion fisica	10	1	2	12	0	0	4
mala denticion	11	2	1	4	7	0	1
mala leche	13	20	2	14	1	0	2
mala leche de la madre	13	20	2	14	1	0	2
mala teta	13	20	2	14	1	0	1
malformacion congenita	10	1	2	12	0	0	2
manifestacion ulcerosa del intestino sarampion	1	7	1	2	1	2	1
manifestacion ulcerosa en el intestino del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
marasmo	13	20	2	14	1	0	54
marasmo congenito	13	20	2	14	1	0	1
melancolia	2	10	2	5	0	0	1
melecleria	14	3	3	0	0	0	1
melenas de neonatorum	11	1	2	11	0	0	1
mencestenia del estomago	5	5	2	8	1	0	1
mencisepatia aguda	14	3	3	0	0	0	1
meningismo	2	2	1	4	2	0	3
meningismo con asistolia	2	2	1	4	2	0	1
meningismo con bronquitis	2	2	1	4	2	0	1
meningismo por gastritis	5	5	1	4	9	0	1
meningismo por gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
meningismo por reflejos gastrointestinales	5	7	1	1	2	0	1
meningismo postsarampionoso	1	7	1	2	1	2	1
meningitis	2	2	1	4	2	0	514
meningitis aguda	2	2	1	4	2	0	175
meningitis aguda absceso cerebral	2	18	1	4	2	0	1
meningitis aguda consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	12
meningitis aguda osteomielitis	2	2	1	4	2	0	1
meningitis aguda por trastornos digestivos	5	5	2	8	1	0	1
meningitis aguda producida por el sarampion	1	7	1	2	1	2	3
meningitis aguda simple	2	2	1	4	2	0	2
meningitis aguda tuberculosa	1	31	1	2	2	1	1
meningitis aguda y congestion pulmonar	2	2	1	4	2	0	1
meningitis bronquitis	4	4	1	2	2	0	1
meningitis cerebral	2	2	1	4	2	0	84

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
meningitis cerebral aguda	2	2	1	4	2	0	13
meningitis cerebral aguda consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	2
meningitis cerebral con derrame	2	2	1	4	2	0	1
meningitis cerebral con derrame seroso	2	2	1	4	2	0	1
meningitis cerebral con eclampsia	2	2	1	4	2	0	3
meningitis cerebral consecutiva a catarro gastrico	5	5	1	4	9	0	1
meningitis cerebral consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	13
meningitis cerebral consecutiva a una fiebre escarlatinosa	1	8	1	2	1	0	1
meningitis cerebral consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	3
meningitis cerebral consecutiva fiebre infecciosa	1	59	1	4	0	0	1
meningitis cerebral tuberculosa	1	31	1	2	2	1	1
meningitis cerebroespinal	2	3	1	4	2	0	23
meningitis cerebroespinal aguda	2	3	1	4	2	0	2
meningitis con eclampsia	2	2	1	4	2	0	1
meningitis congestion cerebral	2	6	2	4	1	0	1
meningitis consecutiva	2	2	1	4	2	0	1
meningitis consecutiva a fiebre infecciosa	1	59	1	4	0	0	1
meningitis consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	2
meningitis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	23
meningitis cronica	2	2	1	4	2	0	3
meningitis de la base	2	2	1	4	2	0	1
meningitis de la base del craneo	2	2	1	4	2	0	1
meningitis en el curso de un catarro intestinal	5	7	1	1	2	0	1
meningitis encefalica	2	1	1	4	2	0	1
meningitis encefalica aguda	2	1	1	4	2	0	2
meningitis espinal	2	2	1	4	2	0	1
meningitis espinal espina bifida	10	1	2	12	0	0	1
meningitis estridulosa	2	2	1	4	2	0	2
meningitis fimica	1	31	1	2	2	1	1
meningitis fulminante	2	2	1	4	2	0	1
meningitis g.e.e.	2	2	1	4	2	0	1
meningitis gastroenteritis	5	7	1	1	2	0	1
meningitis gastroespinal	5	7	1	1	2	0	1
meningitis granulosa	1	31	1	2	2	1	1
meningitis gripal	1	12	1	2	0	0	3
meningitis hidrocefalia	10	1	2	12	0	0	1
meningitis infecciosa	2	2	1	4	2	0	9
meningitis infecciosa consecutiva a fiebre gastrica	1	1	1	1	1	0	1
meningitis malformacion congenita de cabeza	10	1	2	12	0	0	1
meningitis maxilar	2	2	1	4	2	0	1
meningitis neumonia	4	7	1	2	2	0	2
meningitis otitis	2	20	1	4	3	0	1
meningitis otitis aguda	2	20	1	4	3	0	1
meningitis otitis media	2	20	1	4	3	0	1
meningitis otitis supurada	2	20	1	4	3	0	1
meningitis otogena otitis media	2	20	1	4	3	0	1
meningitis por catarro gripal	1	12	1	2	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
meningitis por indigestion	5	5	2	8	1	0	1
meningitis por la denticion	11	2	1	4	7	0	1
meningitis por trastornos intestinales	5	11	2	8	2	0	1
meningitis procedente de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
meningitis procedente del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
meningitis producida por el sarampion	1	7	1	2	1	2	1
meningitis purulenta	2	2	1	4	2	0	1
meningitis que padecio en el curso del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
meningitis raquidea	2	2	1	4	2	0	1
meningitis sarampionosa	1	7	1	2	1	2	2
meningitis serosa tifica	1	1	1	1	1	0	1
meningitis simple	2	2	1	4	2	0	3
meningitis simple aguda	2	2	1	4	2	0	2
meningitis simple sepsis	1	23	1	4	0	0	1
meningitis simple septicemia	1	23	1	4	0	0	1
meningitis traumatica	13	12	2	14	0	0	1
meningitis tuberculosa	1	31	1	2	2	1	48
meningitis tuberculosa aguda	1	31	1	2	2	1	1
meningitis tuberculosa cronica	1	31	1	2	2	1	1
meningitis tuberculosis	1	31	1	2	2	1	3
meningitis tuberculosis miliar aguda	1	31	1	2	2	1	1
meningitis y congestion cerebral	2	2	1	4	2	0	2
meningoencefalitis	2	1	1	4	2	0	17
meningoencefalitis aguda	2	1	1	4	2	0	21
meningoencefalitis congestiva	2	1	1	4	2	0	1
meningoencefalitis externa y supurada de origen traumatico	13	12	2	14	0	0	1
meningoencefalitis infecciosa	2	1	1	4	2	0	2
meningoencefalitis sarampionosa	1	7	1	2	1	2	1
meningoencefalitis subaguda	2	1	1	4	2	0	1
meningoencefalitis tuberculosa	1	31	1	2	2	1	1
meningolaringitis	4	2	1	2	1	0	1
meningomielocele	10	1	2	12	0	0	1
meningotifus	1	1	1	1	1	0	1
mesenteria	5	11	1	4	9	0	2
mesenteritis	5	11	1	4	9	0	3
mesenteritis aguda	5	11	1	4	9	0	1
mesenteritis cronica	5	11	1	4	9	0	4
metastasis	1	49	2	13	0	0	1
mieginal	14	3	3	0	0	0	1
mielitis	2	5	1	4	2	0	1
migratismo	14	3	3	0	0	0	1
mingil	14	3	3	0	0	0	1
miocarditis	3	3	1	4	4	0	18
miocarditis aguda	3	3	1	4	4	0	2
miocarditis aguda por gastritis	5	5	1	4	9	0	1
miocarditis bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
miocarditis difteria	1	11	1	2	1	0	1
miocarditis gripal	1	12	1	2	0	0	1
miocarditis infecciosa	3	3	1	4	4	0	1
miocarditis insuficiencia mitral	3	3	1	4	4	0	1
miocarditis nefritis aguda	6	1	1	4	6	0	1
miocarditis por insuficiencia renal	6	3	1	4	6	0	1
mogas	14	3	3	0	0	0	1
mordedura de vibora	13	22	2	3	0	0	1
mortificacion de todas las extremidades	8	1	1	4	1	0	1
mortificacion en un brazo	8	1	1	4	1	0	1
mortificacion general	8	1	1	4	1	0	1
muelas	11	2	1	4	7	0	1
muerta en el vientre de su madre por causas ajenas a su voluntad	11	4	2	11	1	0	1
muerta hacia unos dias en el claustro materno	11	4	2	11	1	0	1
muerte natural	14	3	3	0	0	0	3
muerte por bomba de aviacion	13	23	2	14	0	0	2
muerte violenta	13	23	2	14	0	0	1
muerto en el parto	11	3	2	11	1	0	1
muguet	5	1	1	4	5	0	66
muguet o estomatitis cronica	5	1	1	4	5	0	1
muguet y catarro pulmonar	5	1	1	4	5	0	1
muguet y purpura hemorragica	5	1	1	4	5	0	1
multiples contusiones y shock traumatico consecutivo	13	12	2	14	0	0	1
multiples lesiones	13	12	2	14	0	0	1
murio al instante	11	3	2	11	1	0	1
murio al tiempo de nacer	11	3	2	11	1	0	1
murio en el campo	14	3	3	0	0	0	1
murio por lesiones de una cerda	13	23	2	14	0	0	1
nacida muerta	11	4	2	11	1	0	1
nacido antes de tiempo	11	1	2	11	0	0	1
nacido muerto	11	4	2	11	1	0	4
nacido prematuramente	11	1	2	11	0	0	1
nacimiento precoz	11	1	2	11	0	0	1
nacimiento prematuro	11	1	2	11	0	0	10
nacimiento prematuro sietemesino	11	1	2	11	0	0	1
nacio muerta	11	4	2	11	1	0	1
nacio muerto	11	4	2	11	1	0	4
nacotiditis infecciosa	14	3	3	0	0	0	1
necrosis	8	8	2	10	0	0	1
necrosis de hueso maxilar inferior	8	8	2	10	0	0	1
necrosis del maxilar	8	8	2	10	0	0	2
nefritis	6	1	1	4	6	0	82
nefritis aguda	6	1	1	4	6	0	20
nefritis aguda con el curso del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
nefritis aguda por quemaduras externas de primer grado	13	13	2	14	0	0	1
nefritis aguda sarampion	1	7	1	2	1	2	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
nefritis albuminica consecutiva a la difteria	1	11	1	2	1	0	1
nefritis albuminosa	6	2	1	4	6	0	1
nefritis albuminurica	6	2	1	4	6	0	1
nefritis bilateral aguda por escarlatina	1	8	1	2	1	0	1
nefritis catarral	6	1	1	4	6	0	18
nefritis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
nefritis cronica	6	1	1	4	6	0	5
nefritis escarlatinosa	1	8	1	2	1	0	6
nefritis escarlatinosa aguda	1	8	1	2	1	0	1
nefritis hidropifena	6	1	1	4	6	0	1
nefritis infecciosa con eclampsia	6	1	1	4	6	0	1
nefritis intersticial	6	1	1	4	6	0	3
nefritis intestinal	6	1	1	4	6	0	3
nefritis intestinal en la comparecencia del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
nefritis parenquimatosa	6	1	1	4	6	0	3
nefritis parenquimatosa a consecuencia de la difteria	1	11	1	2	1	0	1
nefritis posquivatasia	6	1	1	4	6	0	1
nefritis tuberculosa	1	36	1	2	2	1	1
negarse a tomar el pecho	13	20	2	14	1	0	1
neumohepatitis	5	17	1	4	9	0	3
neumonia	4	7	1	2	2	0	52
neumonia aguda	4	7	1	2	2	0	9
neumonia aguda atrofia con insuficiencia circulatoria	4	7	1	2	2	0	1
neumonia aguda catarral	4	7	1	2	2	0	1
neumonia bronquitis	4	7	1	2	2	0	1
neumonia catarral	4	7	1	2	2	0	5
neumonia central	4	7	1	2	2	0	1
neumonia complicacion de talla hipogastrica	5	17	2	8	3	0	1
neumonia con hiperemia cerebral	4	7	1	2	2	0	1
neumonia consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
neumonia cronica	4	7	1	2	2	0	3
neumonia de origen pulmonar	4	7	1	2	2	0	1
neumonia del lado derecho	4	7	1	2	2	0	1
neumonia doble	4	7	1	2	2	0	1
neumonia doble de forma gripal	1	12	1	2	0	0	1
neumonia doble infecciosa y osteoperiostitis supurada del maxilar inferior	9	1	2	1	0	0	1
neumonia gripal	1	12	1	2	0	0	10
neumonia infecciosa	4	7	1	2	2	0	2
neumonia lobular	4	7	1	2	2	0	1
neumonia lobular con hipertermia	4	7	1	2	2	0	1
neumonia lobular con meningitis	4	7	1	2	2	0	1
neumonia lobulillar	4	7	1	2	2	0	1
neumonia lobulillar y meningitis infecciosa	4	7	1	2	2	0	1
neumonia morbiliosa	1	7	1	2	1	2	3
neumonia morbiliosa con derrame seroso cerebral	1	7	1	2	1	2	1
neumonia morbiliosa por sarampion retropulso	1	7	1	2	1	2	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
neumonía postsarampionosa	1	7	1	2	1	2	1
neumonía tabular	4	7	1	2	2	0	1
neumonitis	4	7	1	2	2	0	50
neumonitis a gasholas	4	7	1	2	2	0	1
neumonitis aguda	4	7	1	2	2	0	45
neumonitis biliosa	1	1	1	1	1	0	1
neumonitis crónica	4	7	1	2	2	0	9
neumonitis sinterica del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
niña prematura	11	1	2	11	0	0	1
ninifea cerebral	2	18	2	5	0	0	1
no consta	14	3	3	0	0	0	1
no estar desarrollado en el claustro materno	11	1	2	11	0	0	1
no haber sabido lactar	13	20	2	14	1	0	1
no lactar	13	20	2	14	1	0	1
no poder lactar	13	20	2	14	1	0	2
no poder romper los colmillos	11	2	1	4	7	0	1
no poder tomar el pecho	13	20	2	14	1	0	1
no poder tragar desde que nació	13	20	2	14	1	0	1
no querer lactar	13	20	2	14	1	0	1
no querer mamar	13	20	2	14	1	0	2
no ser completamente viable	10	1	2	12	0	0	1
no ser de tiempo	11	1	2	11	0	0	65
no ser de tiempo al nacer	11	1	2	11	0	0	1
no ser de tiempo ni viable	11	1	2	11	0	0	1
no ser de tiempo suficiente	11	1	2	11	0	0	2
no ser de tiempo viable	11	1	2	11	0	0	1
no ser de todo tiempo	11	1	2	11	0	0	4
no ser viable	10	1	2	12	0	0	14
no tener condiciones vitales	10	1	2	12	0	0	2
no tener desarrollo para ser viable	10	1	2	12	0	0	1
no tener el desarrollo suficiente para ser durable	10	1	2	12	0	0	1
no tener la necesaria robustez para soportar la vida	10	1	2	12	0	0	1
no tener resistencia para la vida	10	1	2	12	0	0	1
no tener su organización las necesarias condiciones de vida	10	1	2	12	0	0	1
no tener su organización las suficientes condiciones de vida	10	1	2	12	0	0	1
no tener suficiente desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
no viable	10	1	2	12	0	0	97
no viable asfixia	10	1	2	12	0	0	1
no viable falta de desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
noma	5	1	1	4	5	0	22
noma atrepsia	5	1	1	4	5	0	2
noma bronconeumonía	4	6	1	2	2	0	1
noma culecta corrosiva de hipócrates	5	1	1	4	5	0	1
noma de la boca	5	1	1	4	5	0	6
noma gangrenoso	5	1	1	4	5	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
noma gangrenoso de la boca	5	1	1	4	5	0	1
noma sarampion	1	7	1	2	1	2	1
nosemia sifilitica	1	39	1	4	0	0	1
obstruccion intestinal	5	10	2	8	2	0	11
obstruccion intestinal por apendicitis	5	21	1	4	9	0	1
oclusion de la mitral	3	3	2	6	0	0	1
oclusion del agujero de botal	10	1	2	12	0	0	1
oclusion del manio	14	3	3	0	0	0	1
oclusion del recto	5	10	2	8	2	0	1
oclusion intestinal	5	10	2	8	2	0	3
oftalmia cronica	2	19	1	4	3	0	2
onomonemocion por absorcion	14	3	3	0	0	0	1
orlin	14	3	3	0	0	0	5
osteomalacia	2	5	1	4	2	0	1
osteomielitis	2	5	1	4	2	0	4
otitis	2	20	1	4	3	0	2
otitis media	2	20	1	4	3	0	1
otitis media gangrenosa	2	20	1	4	3	0	1
otitis media septicemia	2	20	1	4	3	0	1
otitis media supurada	2	20	1	4	3	0	1
otitis supurada	2	20	1	4	3	0	1
otitis supurada sarampion	1	7	1	2	1	2	1
padecimiento agudo	14	3	3	0	0	0	1
padecimiento cronico	14	3	3	0	0	0	1
padecimiento del vientre	5	20	2	8	0	0	3
padecimiento escrofuloso	1	38	1	2	2	1	1
padecimiento gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
padecimientos propios de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
padecimientos sufridos por estar al tiempo de nacer	11	3	2	11	1	0	1
palenia	14	3	3	0	0	0	1
palotica	14	3	3	0	0	0	1
paludismo	1	4	1	3	0	0	38
paludismo cronico	1	4	1	3	0	0	2
paluditis	1	4	1	3	0	0	1
panico cardiaco	2	10	2	5	0	0	1
paquimeningitis	2	2	1	4	2	0	1
paquimeningitis cervical	2	2	1	4	2	0	1
paquimeningitis cronica	2	2	1	4	2	0	1
paralisis aguda	2	8	1	4	2	0	1
paralisis bulbar	2	9	1	4	2	0	1
paralisis cardiaca	3	3	2	6	0	0	3
paralisis cardiaca bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	2
paralisis cardiaca diflema	3	3	2	6	0	0	1
paralisis cardiaca difteria laringea primitiva	1	11	1	2	1	0	1
paralisis cardiaca meningitis	2	2	1	4	2	0	1
paralisis cerebral	2	9	1	4	2	0	1
paralisis difterica	1	11	1	2	1	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
paralisis e historico de los metros nerviosos	2	9	1	4	2	0	1
paralisis espinal	2	5	1	4	2	0	1
paralisis espinal infantil	2	5	1	4	2	0	1
paralisis general	2	9	1	4	2	0	1
paralisis infantil	2	9	1	4	2	0	1
paralisis muscular progresiva	2	18	2	5	0	0	1
paralisis por falta de desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
paralisis postdifteria	1	11	1	2	1	0	1
paralisis respiratoria	4	13	2	7	0	0	2
paralisis respiratoria bronquitis capilar	4	4	1	2	2	0	1
paralisis respiratoria poliomieltis	2	5	1	4	2	0	1
paralizacion cardiaca	3	3	2	6	0	0	1
paresia cardiaca en el curso de coqueluche intenso	1	9	1	2	1	0	1
paresia cardiaca en el curso de fiebre infecciosa	1	59	1	4	0	0	1
paresia cardiaca en el curso de una fiebre pernicioso	1	4	1	3	0	0	1
parmovitis	14	3	3	0	0	0	1
paro cardiaco	3	3	2	6	0	0	1
paro cardiaco otitis aguda	2	20	1	4	3	0	2
parotida	5	1	1	4	5	0	20
parotida consiguiente a una calentura	5	1	1	4	5	0	1
parotida critica	5	1	1	4	5	0	4
parotida sintomatica	5	1	1	4	5	0	1
parotidismo nervioso con derrame nervioso	5	1	1	4	5	0	1
parotiditis	5	1	1	4	5	0	9
parotiditis aguda	5	1	1	4	5	0	5
parotiditis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
parotiditis consecutiva de la difteria	1	11	1	2	1	0	1
parotiditis del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
parotiditis gangrenosa	5	1	1	4	5	0	1
parotiditis infecciosa	5	1	1	4	5	0	2
parotiditis por tuberculosis generalizada	1	37	1	2	2	1	1
parotiditis y enteritis	5	1	1	4	5	0	1
parotitis	5	1	1	4	5	0	4
paroxismo epileptico	2	11	2	5	0	0	1
parto	11	3	2	11	1	0	18
parto distocico	11	3	2	11	1	0	3
parto distocico por estrechez pelviana	11	3	2	11	1	0	1
parto distocico por presentacion anormal	11	3	2	11	1	0	1
parto distocico y compresion umbilical	11	3	2	11	1	0	1
parto doble	11	3	2	11	1	0	1
parto laborioso	11	3	2	11	1	0	29
parto laborioso con metrorragia	11	3	2	11	1	0	1
parto laborioso por estrechez de la pelvis	11	3	2	11	1	0	1
parto laborioso por estrechez pelviana	11	3	2	11	1	0	1
parto laborioso por posicion anormal del mismo	11	3	2	11	1	0	1
parto laborioso y gemelo	11	3	2	11	1	0	1
parto prematuro	11	1	2	11	0	0	23

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
parto prematuro a los 8 meses y ser gemelo	11	1	2	11	0	0	1
pasmo	2	13	2	5	0	0	6
pedrada	13	23	2	14	0	0	1
penfigo	8	8	1	4	1	0	2
penosa denticion	11	2	1	4	7	0	1
penoso nacimiento	11	3	2	11	1	0	1
perdida de sangre por no ligar el cordon	11	1	2	11	0	0	1
pericarditis	3	1	1	4	4	0	6
pericarditis aguda	3	1	1	4	4	0	2
pericarditis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
pericarditis reumatica	3	1	1	4	4	0	3
perineumonia	4	7	1	2	2	0	12
perineumonitis	4	7	1	2	2	0	1
peritonitis	5	19	1	4	9	0	56
peritonitis aguda	5	19	1	4	9	0	13
peritonitis apendicitis	5	21	1	4	9	0	1
peritonitis consecutiva a la denticion	11	2	1	4	7	0	1
peritonitis cronica	5	19	1	4	9	0	2
peritonitis enteritis	5	19	1	4	9	0	2
peritonitis fiebre tifoidea	1	1	1	1	1	0	2
peritonitis gastroenteritis	5	19	1	4	9	0	1
peritonitis gastroenteritis ulcerosa	5	19	1	4	9	0	1
peritonitis oclusion intestinal	5	10	2	8	2	0	1
peritonitis por tumor intrabdominal	1	50	2	13	0	0	1
peritonitis quemaduras	13	13	2	14	0	0	1
peritonitis sintomatica	5	19	1	4	9	0	1
peritonitis traumatica	13	12	2	14	0	0	1
perlesia	2	8	1	4	2	0	24
persistencia del agujero de botal	10	1	2	12	0	0	5
persistencia en el agujero de botal	10	1	2	12	0	0	1
pesteria	14	3	3	0	0	0	1
peurose cerebral	14	3	3	0	0	0	1
piemia	1	23	1	4	0	0	4
pleura	4	8	1	2	2	0	2
pleuresia	4	8	1	2	2	0	68
pleuresia con nefritis	4	8	1	2	2	0	1
pleuresia cronica	4	8	1	2	2	0	3
pleuresia diafragmatica	4	8	1	2	2	0	1
pleuresia purulenta	4	8	1	2	2	0	2
pleuritis	4	8	1	2	2	0	14
pleuritis aguda	4	8	1	2	2	0	9
pleuritis cronica	4	8	1	2	2	0	4
pleuritis de tipo canceroso	1	49	2	13	0	0	1
pleuroneumonia	4	7	1	2	2	0	17
pleuroneumonia aguda	4	7	1	2	2	0	3
pleuroneumonia cronica	4	7	1	2	2	0	1
pleuroneumonia fulminante	4	7	1	2	2	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
pleuroneumonía infantil	4	7	1	2	2	0	2
poco desarrollo	10	1	2	12	0	0	1
poco desarrollo adquirido en el claustro materno	11	1	2	11	0	0	1
poco desarrollo físico	10	1	2	12	0	0	10
poco desarrollo físico por nacimiento prematuro	11	1	2	11	0	0	8
poco desarrollo físico por nacimiento prematuro y catarro gástrico	11	1	2	11	0	0	1
poco desarrollo físico por nacimiento prematuro y doble	11	1	2	11	0	0	2
poco desarrollo físico por nacimiento prematuro y gemela	11	1	2	11	0	0	1
poco desarrollo físico por ser fruto de parto doble	11	3	2	11	1	0	2
poco desarrollo físico por ser prematuro	11	1	2	11	0	0	1
poliadenitis física generalizada rápidamente	1	37	1	2	2	1	1
poliartritis reumática	9	2	1	4	0	0	1
poliomielitis	2	5	1	4	2	0	1
poliomielitis aguda	2	5	1	4	2	0	3
por no ser de tiempo	11	1	2	11	0	0	3
postoperatorio hidrocefalia	10	1	2	12	0	0	1
precintura de botal	10	1	2	12	0	0	1
precocidad de nacimiento	11	1	2	11	0	0	1
precoz	11	1	2	11	0	0	85
precoz nacimiento	11	1	2	11	0	0	22
prematuramente	11	1	2	11	0	0	1
prematuridad	11	1	2	11	0	0	2
prematuro	11	1	2	11	0	0	1
prolongación del parto	11	3	2	11	1	0	1
prouria	14	3	3	0	0	0	1
púenonejar fulminante	14	3	3	0	0	0	1
pujo	5	11	2	8	2	0	1
pulmonar	4	13	2	7	0	0	2
pulmonía	4	7	1	2	2	0	352
pulmonía aguda	4	7	1	2	2	0	71
pulmonía catarral	4	7	1	2	2	0	8
pulmonía completa del pulmón derecho	4	7	1	2	2	0	1
pulmonía complicada	4	7	1	2	2	0	2
pulmonía complicada con garrotillo	1	11	1	2	1	0	1
pulmonía crónica	4	7	1	2	2	0	2
pulmonía doble	4	7	1	2	2	0	7
pulmonía doble consecutiva al sarampión	1	7	1	2	1	2	2
pulmonía fulminante	4	7	1	2	2	0	3
pulmonía gripal	1	12	1	2	0	0	7
pulmonía gripal aguda	1	12	1	2	0	0	1
pulmonía gripal doble	1	12	1	2	0	0	1
pulmonía infantil	4	7	1	2	2	0	4
pulmonía infecciosa	4	7	1	2	2	0	1
pulmonía lobulillar	4	7	1	2	2	0	1
pulmonía morbiliosa	1	7	1	2	1	2	1
pulmonía postsarampiónica	1	7	1	2	1	2	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
pulmonia producida por sarampion	1	7	1	2	1	2	1
pulmonia subaguda	4	7	1	2	2	0	1
pulmonitis	4	7	1	2	2	0	3
purpura	3	9	2	6	0	0	1
purpura hemorragica	3	9	2	6	0	0	11
purpura hemorragica atrepsia	13	20	2	14	1	0	1
pus cronico	1	23	1	4	0	0	1
pustula gangrenosa	8	1	1	4	1	0	1
pustula gangrenosa producida de viruela	1	6	1	2	1	1	1
pustula maligna	1	25	1	3	0	0	8
putrida nerviosa	1	2	1	3	0	0	1
quemadura	13	13	2	14	0	0	25
quemadura de primera clase	13	13	2	14	0	0	1
quemadura de primera clase y congestion cerebral	13	13	2	14	0	0	1
quemadura de primera especie	13	13	2	14	0	0	1
quemadura de segundo grado	13	13	2	14	0	0	2
quemadura de tercer grado	13	13	2	14	0	0	1
quemadura de tercera especie	13	13	2	14	0	0	1
quemadura extensa	13	13	2	14	0	0	2
quemadura extensa en la mano de segundo grado	13	13	2	14	0	0	1
quemadura intensa	13	13	2	14	0	0	2
quemadura intensa con la luz de una vela	13	13	2	14	0	0	1
quemadura que la intereso los principales organos de la vida	13	13	2	14	0	0	1
raquimeningitis mical	2	2	1	4	2	0	1
raquitica	9	1	2	1	1	0	1
raquitis	9	1	2	1	1	0	10
raquitismo	9	1	2	1	1	0	359
raquitismo cerebrospinal	9	1	2	1	1	0	1
raquitismo con tabes mesenterica	1	32	1	2	2	1	1
raquitismo congenito	9	1	2	1	1	0	1
raquitismo cronico	9	1	2	1	1	0	1
raquitismo medular	9	1	2	1	1	0	1
raquitismo y atresia congenita	9	1	2	1	1	0	1
raquitismo y coqueluche intercurrente	9	1	2	1	1	0	1
raquitismo y disenteria intercurrente	9	1	2	1	1	0	1
raquitismo y sarampion	9	1	2	1	1	0	1
raquitismo y viruela	9	1	2	1	1	0	1
reblandecimiento cerebral	2	7	2	4	0	0	5
reblandecimiento de la mucosa gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
reblandecimiento gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
reblandecimiento gastrointestinal consecutivo a la denticion	11	2	1	4	7	0	1
reblandecimiento medular	2	5	1	4	2	0	1
recien nacido	11	1	2	11	0	0	4
rectorragia	5	12	2	8	2	0	1
redotrofia	14	3	3	0	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
regreso muerto	14	3	3	0	0	0	1
relajacion de tripas	5	10	2	8	2	0	1
remitente gastrica	1	3	1	3	0	0	2
remitente que le produjo una hidropesia	1	4	1	3	0	0	1
renitocistitis	6	5	1	4	6	0	1
repentinamente	14	2	3	0	0	0	2
repercusion de un exantema	8	8	1	4	1	0	1
repetidos ataques de eclampsia	2	12	2	5	0	0	1
reptico moemia	14	3	3	0	0	0	1
resultas de la vacuna	13	23	2	14	0	0	1
retemersia	14	3	3	0	0	0	1
retencion de los recién nacidos	10	1	2	12	0	0	1
retencion de orina	6	6	1	4	6	0	2
retencion hemorragica	3	9	2	6	0	0	1
retropulmonia	4	7	1	2	2	0	1
retropulsion de la costra lactea	8	8	1	4	1	0	2
retropulsion de la fiebre sarampionosa	1	7	1	2	1	2	1
retropulsion de un exantema	8	8	1	4	1	0	1
reumatismo	1	51	1	4	0	0	1
rigidez fria	14	3	3	0	0	0	1
rigidez frio e insensibilidad de la pupila	14	3	3	0	0	0	1
rigidez frio marmoreo e insensibilidad de la pupila	14	3	3	0	0	0	1
rompimiento de la dentadura	11	2	1	4	7	0	1
saburra gastrica	1	1	1	1	1	0	1
saburra gastrica febril	1	1	1	1	1	0	1
sarampion	1	7	1	2	1	2	904
sarampion acesimal	1	7	1	2	1	2	1
sarampion bronconeumonia consecutiva	1	7	1	2	1	2	2
sarampion bronconeumonia doble consecutiva	1	7	1	2	1	2	1
sarampion complicado bronconeumonia y meningitis	1	7	1	2	1	2	1
sarampion complicado con afeccion cerebral	1	7	1	2	1	2	1
sarampion complicado con bronconeumonia	1	7	1	2	1	2	10
sarampion complicado con bronconeumonia meningitis y por ultimo consuncion	1	7	1	2	1	2	1
sarampion complicado con bronconeumonia y meningitis	1	7	1	2	1	2	8
sarampion complicado con enteritis	1	7	1	2	1	2	1
sarampion complicado con meningitis	1	7	1	2	1	2	6
sarampion complicado con pulmonia	1	7	1	2	1	2	2
sarampion complicado con ulcera en la boca	1	7	1	2	1	2	2
sarampion complicado con ulceracion en las manos	1	7	1	2	1	2	1
sarampion complicado con una bronconeumonia	1	7	1	2	1	2	1
sarampion complicado con una bronconeumonia y meningitis	1	7	1	2	1	2	2
sarampion complicado con una laringitis aguda	1	7	1	2	1	2	1
sarampion con disolucion humeral putrida	1	7	1	2	1	2	1
sarampion con laringitis	1	7	1	2	1	2	1
sarampion confluyente y sus complicaciones	1	7	1	2	1	2	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
sarampion congestion pulmonar consecutiva	1	7	1	2	1	2	1
sarampion de forma tifica	1	7	1	2	1	2	1
sarampion enteritis consecutiva	1	7	1	2	1	2	1
sarampion escarlatina y tifoidea	1	7	1	2	1	2	1
sarampion hemorragico	1	7	1	2	1	2	3
sarampion laringitis consecutiva	1	7	1	2	1	2	1
sarampion maligno	1	7	1	2	1	2	8
sarampion meningitis	1	7	1	2	1	2	1
sarampion meningitis cerebral consecutiva	1	7	1	2	1	2	1
sarampion meningitis consecutiva	1	7	1	2	1	2	2
sarampion retropulso	1	7	1	2	1	2	10
sarampion y bronquitis capilar	1	7	1	2	1	2	2
sarampion y de los ataques epilepticos	1	7	1	2	1	2	1
sarampion y enterocolitis	1	7	1	2	1	2	1
sarampion y meningitis consecutiva	1	7	1	2	1	2	1
sarampion y un accidente agudo representado por edema ponzo±oso	1	7	1	2	1	2	1
sarcoma	1	49	2	13	0	0	1
sarcoma difuso invasion sarcomatica	1	49	2	13	0	0	1
sarcoma vertebral	1	49	2	13	0	0	1
sarna	8	7	1	3	0	0	1
se cayo a un pozo	13	18	2	14	0	0	1
sematemosi	5	5	2	8	1	0	1
semineumonia	4	7	1	2	2	0	1
sepsis bronquitis otitis	2	20	1	4	3	0	1
sepsis criptogenica	1	23	1	4	0	0	2
sepsis debilidad vital	11	1	2	11	0	0	1
sepsis generalizada	1	23	1	4	0	0	5
sepsis hemococica bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	1
sepsis infantil debilidad vital	11	1	2	11	0	0	1
sepsis infantil otitis	2	20	1	4	3	0	5
sepsis infantil otitis supurada	2	20	1	4	3	0	1
sepsis neumonia por bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	1
sepsis otitis	2	20	1	4	3	0	4
sepsis otitis media	2	20	1	4	3	0	2
sepsis otitis media aguda	2	20	1	4	3	0	1
sepsis otofaringitis	2	20	1	4	3	0	1
sepsis pielitis	6	1	1	4	6	0	1
septicemia	1	23	1	4	0	0	42
septicemia aguda	1	23	1	4	0	0	2
septicemia con bronconeumonia	1	23	1	4	0	0	1
septicemia consecutiva o tumor blanco de la cadera	1	35	1	2	2	1	1
septicemia estofisiologica	1	23	1	4	0	0	1
septicemia estreptococica	1	23	1	4	0	0	3
septicemia gangrenosa	1	23	1	4	0	0	1
septicemia gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	2
septicemia otitis media	2	20	1	4	3	0	2

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
septicemia por infeccion umbilical	11	1	2	11	0	0	1
septicemia purulenta	1	23	1	4	0	0	1
ser de 6 meses	11	1	2	11	0	0	1
ser medio y no haber podido vivir	10	1	2	12	0	0	1
serosis impectiofica	8	8	1	4	1	0	1
seudolaringitis	1	11	1	2	1	0	1
seudomeningitis aguda	2	2	1	4	2	0	1
shock	3	10	2	6	0	0	2
shock circulatorio	3	10	2	6	0	0	1
shock nervioso	2	18	2	5	0	0	1
shock quirurgico	13	23	2	14	0	0	1
shock traumatico	13	12	2	14	0	0	2
shock traumatico accidente circulacion	13	12	2	14	0	0	2
shock traumatico del parto	11	3	2	11	1	0	1
shock traumatico hemorragia interna masiva	13	12	2	14	0	0	1
shock traumatico por las multiples lesiones sufridas al ser alcanzado	13	12	2	14	0	0	1
shock traumatico por lesiones viscerales profundas muerto por accidente	13	12	2	14	0	0	1
shock traumatico y anuria por lesiones en ambos riñones	13	12	2	14	0	0	1
sifilis congenita	10	1	2	12	0	0	1
silencia aguda	14	3	3	0	0	0	1
sin asistencia facultativa	14	3	3	0	0	0	1
sin causa de muerte	14	3	3	0	0	0	1
sincope	3	10	2	6	0	0	6
sincope alferetico	2	11	2	5	0	0	1
sincope bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	1
sincope cardiaco	3	3	2	6	0	0	10
sincope cardiaco acidosis	13	22	2	2	0	0	1
sincope cardiaco angina	3	3	2	6	0	0	1
sincope cardiaco bronconeumonia	4	6	1	2	2	0	1
sincope cardiaco bronquitis	4	4	1	2	2	0	1
sincope cardiaco cardiopatia congenita	10	1	2	12	0	0	2
sincope cardiaco cardiopatia congenita enfermedad azul	10	1	2	12	0	0	1
sincope cardiaco enterocolitis aguda	5	7	1	1	2	0	1
sincope cardiaco espasmofilia	2	13	2	5	0	0	1
sincope cardiaco tosferina	1	9	1	2	1	0	1
sincope circulatorio debilidad congenita	11	1	2	11	0	0	1
socorrido por la comadre	10	1	2	12	0	0	1
sofocacion	13	23	2	14	0	0	1
sofocada al nacer	11	3	2	11	1	0	1
sofocado	13	23	2	14	0	0	5
sofocado en una tina	13	18	2	14	0	0	1
su nacimiento	11	3	2	11	1	0	1
subconditione	10	1	2	12	0	0	1
subitamente	14	2	3	0	0	0	1
sumersion	13	18	2	14	0	0	2

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
supresion circulacion y respiracion	3	10	2	6	0	0	1
supresion respiracion y circulacion	3	10	2	6	0	0	2
supuracion pulmonar	4	13	1	2	2	0	1
supus neonatorum	11	1	2	11	0	0	1
suturas al craneo	10	1	2	12	0	0	1
tabardillo	1	2	1	3	0	0	5
tabardillo complicado con viruela negra	1	2	1	3	0	0	1
tabes	1	37	1	2	2	1	75
tabes abdominal	1	32	1	2	2	1	1
tabes consuntiva	1	37	1	2	2	1	1
tabes cronica	1	37	1	2	2	1	1
tabes dorsal	1	33	1	2	2	1	10
tabes estamica	1	37	1	2	2	1	1
tabes increnterica	1	32	1	2	2	1	1
tabes intestinal	1	32	1	2	2	1	1
tabes mesenterica	1	32	1	2	2	1	699
tabes mesenterica y del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
tabes pulmonar	1	30	1	2	2	1	2
tabesculizacion mesenterica	1	32	1	2	2	1	1
talcifico	1	37	1	2	2	1	1
tenesmo	5	11	2	8	2	0	3
tenesmo congenito	10	1	2	12	0	0	2
tenesmo intestinal	5	11	2	8	2	0	1
terciana	1	4	1	3	0	0	7
terciana de mal caracter	1	4	1	3	0	0	1
tetania	2	14	1	4	2	0	4
tetania atrepsia	13	20	2	14	1	0	1
tetania neonatorum	2	14	1	4	2	0	1
tetanitis aguda	2	14	1	4	2	0	1
tetano idiopatico	2	14	1	4	2	0	1
tetano neonatorum	2	14	1	4	2	0	1
tetano traumatico	2	14	1	4	2	0	1
tetanos	2	14	1	4	2	0	25
tetanos del recién nacido	2	14	1	4	2	0	1
tiflitis aguda complicada	1	1	1	1	1	0	1
tifoidea	1	1	1	1	1	0	2
tifoidea complicada con laringitis	1	1	1	1	1	0	1
tifus	1	2	1	3	0	0	2
tifus abdominal	1	1	1	1	1	0	1
timo o himo	1	55	2	3	0	0	1
timpanitis	2	20	1	4	3	0	1
timpanitis complicada del sarampion	1	7	1	2	1	2	1
tisis	1	30	1	2	2	1	1
tisis abdominal	1	32	1	2	2	1	20
tisis escrofulosa	1	38	1	2	2	1	1
tisis intestinal	1	32	1	2	2	1	2
tisis pulmonar	1	30	1	2	2	1	5

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
tisis tuberculosa	1	30	1	2	2	1	1
tisis ventral en el curso de la dentición	1	32	1	2	2	1	1
tos	4	13	2	7	0	0	39
tos convulsión	1	9	1	2	1	0	1
tos convulsiva	1	9	1	2	1	0	1
tos corrosiva	4	13	2	7	0	0	1
tos crónica	4	13	2	7	0	0	2
tos nerviosa	1	9	1	2	1	0	2
tos sofocativa	1	9	1	2	1	0	2
tosferina	1	9	1	2	1	0	45
tosferina bronquitis aguda	1	9	1	2	1	0	1
tosferina complicada con atelectasia pulmonar	1	9	1	2	1	0	1
toxemia	1	59	2	3	0	0	2
toxicosis	13	22	2	3	0	0	5
toxicosis alimenticia	13	22	2	3	0	0	1
toxicosis atrepsia en segundo grado	13	20	2	14	1	0	1
toxicosis de origen difterioide	1	11	1	2	1	0	1
toxicosis infantil y debilidad congénita	11	1	2	11	0	0	1
toxicosis neumonía gripal	1	12	1	2	0	0	1
toxicosis otitis	2	20	1	4	3	0	1
toxicosis por diarrea intestinal	13	22	2	3	0	0	1
toxicosis vómitos	13	22	2	3	0	0	1
trabajos del parto	11	3	2	11	1	0	3
traqueobronquitis	4	2	1	2	1	0	10
traqueobronquitis aguda	4	2	1	2	1	0	2
traqueobronquitis crupal	1	10	1	2	1	0	1
traqueobronquitis pustulacion sarampionosa	1	7	1	2	1	2	1
traqueolaringitis	4	2	1	2	1	0	3
traqueolaringobronquitis consecutiva al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
trastorno	14	3	3	0	0	0	1
trastorno consecutivo de la dentición	11	2	1	4	7	0	1
trastorno de la dentición	11	2	1	4	7	0	4
trastorno de la dentición raquitismo	11	2	1	4	7	0	1
trastorno del parto	11	3	2	11	1	0	1
trastorno digestivo	5	5	2	8	1	0	1
trastorno gastrointestinal y meningitis	5	11	2	8	2	0	1
trastorno intestinal	5	5	2	8	2	0	1
trastorno nervioso consecutivo	2	18	2	5	0	0	1
trastorno nutritivo agudo debilidad congénita	11	1	2	11	0	0	1
trastorno producido por la dentición	11	2	1	4	7	0	1
trastornos cerebrales subsiguientes a tuberculosis peritoneal	1	32	1	2	2	1	1
trastornos cerebroespinales consecutivos a la dentición y bronquitis aguda	11	2	1	4	7	0	1
trastornos consecutivos al sarampion	1	7	1	2	1	2	1
trastornos funcionales congénitos del aparato circulatorio	10	1	2	12	0	0	1
trastornos intestinales por falta de desarrollo	10	1	2	12	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
trastornos producidos por la gestación observada en el cerebro en ambos pulmones la cual puede haberse producido por la ingestión de cierta cantidad de una disolución fenicada	13	22	2	3	0	0	1
trastornos sufridos en el alumbramiento por un parto distócico	11	3	2	11	1	0	1
trastornos sufridos en su nacimiento	11	3	2	11	1	0	1
traumatismo con conmoción retroespinal y visceral por accidente	13	12	2	14	0	0	1
traumatismo en el cólera	1	14	1	1	0	0	1
traumatismo en el cuello al ser arrollado por un carro	13	12	2	14	0	0	1
traumatismo hemorragia cerebral	13	12	2	14	0	0	1
trismo	2	14	1	4	2	0	2
tristación gastrointestinal	5	7	1	1	2	0	1
tristeza	2	10	2	5	0	0	1
tubérculo intestinal	1	32	1	2	2	1	1
tubérculo pulmonar	1	30	1	2	2	1	1
tuberculosis	1	37	1	2	2	1	24
tuberculosis abdominal	1	32	1	2	2	1	34
tuberculosis abdominal tabes mesentérica	1	32	1	2	2	1	1
tuberculosis aguda	1	37	1	2	2	1	1
tuberculosis aguda pulmonar	1	30	1	2	2	1	2
tuberculosis con abscesos supurados	1	37	1	2	2	1	1
tuberculosis de los huesos	1	36	1	2	2	1	1
tuberculosis generalizada	1	37	1	2	2	1	3
tuberculosis intestinal	1	32	1	2	2	1	7
tuberculosis intestinal crónica	1	32	1	2	2	1	1
tuberculosis intestinal subsiguiente a deficiencia intestinal	1	32	1	2	2	1	1
tuberculosis laríngea	1	29	1	2	2	1	1
tuberculosis meníngea	1	31	1	2	2	1	3
tuberculosis miliar	1	37	1	2	2	1	2
tuberculosis peritoneal	1	32	1	2	2	1	8
tuberculosis peritoneal aguda	1	32	1	2	2	1	3
tuberculosis peritoneal crónica	1	32	1	2	2	1	3
tuberculosis pulmonar	1	30	1	2	2	1	28
tuberculosis pulmonar crónica	1	30	1	2	2	1	1
tuberculosis puritroncal	1	37	1	2	2	1	1
tuberculosis vertebral	1	33	1	2	2	1	1
tumor	1	50	2	13	0	0	2
tumor cerebral	1	50	2	13	0	0	1
tumor congénito en la espalda	10	1	2	12	0	0	1
tumor congestivo consecutivo de fiebre exantemática complicada con dotinonteritis	1	1	1	1	1	0	1
tumor en la cabeza	1	50	2	13	0	0	1
tumor en la parte interna de la tráquea	1	50	2	13	0	0	1
tumor gangrenoso	1	50	2	13	0	0	1
tumor glandular en la garganta	1	50	2	13	0	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
tumor gomoso	1	50	2	13	0	0	1
tumor hemorroidal	1	50	2	13	0	0	1
tumor linfático	1	50	2	13	0	0	1
tumor por congestión	1	50	2	13	0	0	1
tumor tuberculoso cerebral	1	31	1	2	2	1	1
ulcera	8	8	1	4	1	0	7
ulcera aftosa	5	1	1	4	5	0	1
ulcera atónica	8	8	2	10	0	0	1
ulcera cancerosa	1	49	2	13	0	0	4
ulcera carcinomatosa	1	48	2	13	0	0	2
ulcera corrosiva	8	8	2	10	0	0	1
ulcera de la boca	5	1	1	4	5	0	5
ulcera de la región umbilical con hemorragia	11	1	2	11	0	0	1
ulcera de mal carácter	8	8	1	4	1	0	1
ulcera en la garganta	5	1	1	4	5	0	1
ulcera escorbútica	1	53	2	1	0	0	8
ulcera escrofulosa	1	38	1	2	2	1	2
ulcera gangrenosa	8	1	1	4	1	0	30
ulcera gangrenosa de la boca	5	1	1	4	5	0	4
ulcera gangrenosa del ombligo	11	1	2	11	0	0	1
ulcera maligna en la cabeza	8	8	1	4	1	0	1
ulcera papilosa	8	8	1	4	1	0	2
ulcera putrida	8	1	1	4	1	0	1
ulcera putrida en la boca	8	1	1	4	1	0	1
ulcera sifilítica	1	39	1	4	0	0	1
ulcera umbilical	11	1	2	11	0	0	1
ulceración	8	8	1	4	1	0	1
ulceración cistonea y gangrenosa	8	1	1	4	1	0	1
ulceración de la mucosa gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
ulceración gastrointestinal	5	11	2	8	2	0	1
ulceración intestinal	5	11	2	8	2	0	1
úlceras aftosas de la boca	5	1	1	4	5	0	1
úlceras por decubito consecuencia de una anemia bastante crónica	1	58	2	1	0	0	1
ulía	14	3	3	0	0	0	1
un par de coces que le dio una yegua en la cabeza que le levanto la tapa de los sesos	13	23	2	14	0	0	1
un susto y no ser de todo tiempo	11	1	2	11	0	0	1
una niña abortiva	11	4	2	11	1	0	1
untación intestinal disenteria	1	16	1	1	0	0	1
uremia	6	3	1	4	6	0	8
uremia cerebral	6	3	1	4	6	0	1
uremia generalizada	6	3	1	4	6	0	1
uremia nefritis	6	1	1	4	6	0	2
uremia por nefritis aguda	6	1	1	4	6	0	1
uremia por nefritis intestinal	6	1	1	4	6	0	1
uretra	6	6	1	4	6	0	1
vaginitis	6	12	1	4	6	0	1

Causa de defunción (expresión literal)	CM1	CM2	CC1	CC2	CC3	CC4	Nºcasos
varioloide	1	6	1	2	1	1	2
vertebral de pott por traumatismo	13	12	2	14	0	0	1
vicio de conformacion	10	1	2	12	0	0	1
vicio escorbutico	1	53	2	1	0	0	3
vicio escorbutico general	1	53	2	1	0	0	1
vicio escrofuloso	1	38	1	2	2	1	10
vicio espesico	1	23	1	4	0	0	1
vicio organico del corazon	10	1	2	12	0	0	1
vicio verminoso	5	9	1	3	0	0	2
vida intrauterina	10	1	2	12	0	0	1
viruela	1	6	1	2	1	1	222
viruela confluyente	1	6	1	2	1	1	141
viruela confluyente complicada con fiebre tifoidea	1	6	1	2	1	1	1
viruela confluyente con eclampsia	1	6	1	2	1	1	1
viruela confluyente en su periodo eruptivo	1	6	1	2	1	1	1
viruela confluyente hemorragica	1	6	1	2	1	1	5
viruela confluyente maligna	1	6	1	2	1	1	6
viruela gangrenosa	1	6	1	2	1	1	1
viruela hemorragica	1	6	1	2	1	1	23
viruela hemorragica o negra	1	2	1	3	0	0	2
vista en region dorsa	14	3	3	0	0	0	1
vomito negro	1	19	1	3	0	0	1
vomito nervioso	5	20	2	8	0	0	1
vomitos simpaticos de la denticion	11	2	1	4	7	0	1
ymedia	13	20	2	14	1	0	3

Anexo 5. Ordenación alfabética de los diagnósticos de defunción.

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
A consecuencia cardíaca	3.3	1	1958	1958
A consecuencia de una herida	13.23	1	1893	1893
Abceso (sic) en la cabeza	14.3	1	1943	1943
Abceso (sic) del pulmón	4.10	6	1938	1961
Abceso (sic) hepático	5.17	4	1907	1913
Abceso (sic) pernicioso	1.5	7	1906	1941
Abceso (sic) pulmonar	4.10	1	1961	1961
Abcesos (sic) tropical	5.17	3	1926	1935
Aborto	11.1	5	1929	1952
Absceso cerebral	2.18	1	1955	1955
Absceso del pulmón	4.10	1	1956	1956
Abseso (sic) urinoso	6.6	1	1941	1941
Accesos asmáticos	4.11	1	1908	1908
Accidentada (ahogado en la Quebrada de La Pascua)	13.18	1	1907	1907
Accidente	3.3	1	1950	1950
Accidente (traumatismo en la pierna izquierda por aplastamiento)	13.12	1	1937	1937
Accidente automovilístico (sic)	13.12	15	1944	1952
Accidente de tránsito	13.10	1	1957	1957
Accidente del parto	7.3	1	1911	1911
Accidente ocasionado por máquinas	13.12	2	1948	1949
Accidente por máquinas	13.12	1	1948	1948
Acidosis	5.7	2	1950	1952
Actelectasia pulmonar	11.1	1	1960	1960
Adema (sic) aguda pulmón	4.13	1	1953	1953
Adenoma del cuello	1.50	1	1914	1914
Adinamia coquetia (sic)	14.3	1	1948	1948
Afección al corazón	3.3	1	1899	1899
Afección al hígado	5.17	4	1899	1906
Afección aórtica	3.3	1	1945	1945
Afección cardíaca	3.3	2	1906	1906
Afección crónica valvular	3.3	1	1946	1946
Afección de la matriz	6.13	1	1905	1905
Afección del corazón	3.3	2	1907	1926
Afección gastro-intestinal	5.5	1	1906	1906
Afección orgánica del corazón	3.3	1	1918	1918
Afección puerperal	7.4	1	1907	1907
Afecciones de los huesos	14.3	1	1918	1918
Afecciones orgánicas del corazón	3.3	1	1919	1919
Afectado del hígado	5.17	2	1899	1899
Agotamiento nervioso producido por enteralgia	5.11	1	1907	1907
Agotamiento orgánico	14.3	1	1959	1959
Agotamiento senil	14.3	1	1919	1919
Agotamiento vejez (cien años)	14.3	1	1953	1953

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Ahogado	13.18	1	1950	1950
Ahogamiento (inmersión)	13.18	1	1951	1951
Ahorcado (suicidio)	13.23	1	1939	1939
Ahorcadura	13.23	1	1961	1961
Ahorcamiento	13.23	7	1926	1959
Aigor (sic) pectoris	3.4	1	1945	1945
Albuminuria gravídica	6.3	3	1911	1913
Albuminuria y eclampsia puerperales	6.3	1	1928	1928
Alcoholismo	1.60	5	1911	1945
Alcoholismo crónico	1.60	3	1937	1943
Alcoholizado	1.60	1	1952	1952
Alfarecía (sic)	2.11	4	1899	1899
Alimentación deficiente y paludismo	1.4	1	1943	1943
Alterio (sic) esclerosis	3.5	1	1906	1906
Anasarca	14.1	1	1905	1905
Anasarca generalizada	14.1	1	1906	1906
Anaurisma (sic) del tronco branquiocefálico	3.5	1	1908	1908
Anaurismatría	14.3	1	1915	1915
Anemia	1.58	15	1907	1958
Anemia aguda	1.58	30	1907	1961
Anemia cerebral	1.58	3	1905	1906
Anemia de los mineros	1.58	2	1914	1914
Anemia ferropénica	1.58	1	1956	1956
Anemia geofágica	1.58	3	1905	1907
Anemia grave	1.58	3	1906	1918
Anemia intensa	1.58	2	1950	1955
Anemia intensísima	1.58	1	1949	1949
Anemia interna	1.58	3	1938	1951
Anemia palúdica	1.4	9	1906	1921
Anemia perniciosa	1.58	8	1916	1945
Anemia por geofagia	1.58	1	1905	1905
Anemia progresiva	1.58	1	1905	1905
Anemia secundaria	1.58	1	1949	1949
Anemia y nefritis crónica	6.1	1	1940	1940
Aneurisma	3.5	3	1906	1928
Aneurisma (aorta torácica)	3.5	1	1906	1906
Aneurisma aórtico	3.5	1	1907	1907
Aneurisma de la aorta	3.5	3	1909	1940
Aneurisma de la carótida	3.5	1	1941	1941
Aneurisma del callado	3.5	2	1913	1915
Angar-pectoris (sic)	3.4	1	1956	1956
Angina	4.2	8	1913	1937
Angina aguda	4.2	11	1906	1921
Angina bronquial	4.2	1	1952	1952

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Angina catarral	4.2	3	1914	1920
Angina catarral aguda	4.2	2	1911	1911
Angina de Ludwig	4.2	1	1952	1952
Angina de pecho	3.4	16	1906	1950
Angina estreptocócica	1.11	2	1943	1945
Angina flegmonosa	4.2	1	1912	1912
Angina fulminante	3.4	1	1909	1909
Angina simple	4.2	1	1911	1911
Angiocolitis aguda	5.7	1	1911	1911
Anomalía del cordón umbilical (procedencia del corazón)	11.3	1	1940	1940
Anomalías de la placenta	11.3	1	1942	1942
Anoxemia	3.10	15	1950	1953
Anoxemia aguda	3.10	1	1951	1951
Anoxia	2.14	1	1950	1950
Anoxia (atelectasia)	11.1	3	1951	1959
Anoxia intrauterina	11.3	2	1961	1961
Anquilostomosis	5.9	11	1906	1925
Ansianidad	14.3	1	1957	1957
Ántrax	1.25	1	1943	1943
Ántrax de la cara	1.25	1	1940	1940
Ántrax de la nuca	1.25	1	1935	1935
Ántrax del labio superior	1.25	1	1917	1917
Aortitis y arteria rota	3.3	1	1951	1951
Apendicitis	5.21	3	1906	1915
Apendicitis aguda	5.21	1	1959	1959
Apendicitis crónica	5.21	1	1909	1909
Apendicitis supurada	5.21	1	1946	1946
Aplastamiento del cráneo y abdomen	13.12	1	1953	1953
Apoplejía	2.6	2	1931	1953
Apoplejía fulminante	2.6	1	1899	1899
Apoplejía interna	5.10	1	1960	1960
Aquilostomiasis	5.9	33	1907	1949
Arferecía (sic) recién nacida	2.11	1	1945	1945
Arterioesclerosis	3.5	32	1905	1944
Arterioesclerosis generalizada	3.5	4	1906	1912
Arteriosis	3.10	1	1914	1914
Arteritis crónica	3.3	1	1909	1909
Artritis reumatoidea	9.2	1	1947	1947
Artritis tuberculosa	1.36	1	1905	1905
Ascárides lumbricoides	5.9	1	1911	1911
Ascariidiosis (sic)	5.9	3	1946	1946
Asfixia	13.23	5	1929	1959
Asfixia (descarga eléctrica)	13.23	1	1930	1930
Asfixia (mortinato) circular doble del cordón	11.3	1	1950	1950

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Asfixia azul	13.23	1	1956	1956
Asfixia blanca	11.1	1	1960	1960
Asfixia blanca (recién nacida)	13.23	1	1952	1952
Asfixia de recién nacido	11.1	7	1951	1961
Asfixia durante el nacimiento	11.3	1	1940	1940
Asfixia durante o después del parto	11.3	1	1940	1940
Asfixia e ingestiva líquidos	11.3	1	1959	1959
Asfixia extra-uterina	11.3	1	1961	1961
Asfixia in útero	11.3	1	1958	1958
Asfixia intrauterina	11.3	3	1959	1961
Asfixia mal definida	6.3	1	1957	1957
Asfixia mecánica	1.47	1	1959	1959
Asfixia mecánica (accidente)	13.23	5	1941	1960
Asfixia por ahorcamiento	13.23	1	1955	1955
Asfixia por ahorcamiento accidental en un chinchorro	13.23	1	1957	1957
Asfixia por aspiración de vómitos durante el acto quirúrgico	13.23	1	1960	1960
Asfixia por inmersión (sic)	13.18	8	1956	1960
Asfixia por presentación anormal del feto	11.3	1	1941	1941
Asfixia por submersión	13.18	2	1956	1957
Asfixia respiratoria	13.10	1	1955	1955
Asfixia-ahogamiento	13.18	3	1952	1959
Asistolia	3.3	3	1935	1950
Asistolia aguda	3.3	2	1909	1941
Asma	4.11	7	1909	1957
Asma bronquial	4.11	1	1953	1953
Asma cardíaca	4.1	6	1906	1959
Asma infantil	4.11	1	1925	1925
Aspiración de flema (sic)	11.3	1	1953	1953
Aspiración de hígado anmótico (sic)	11.3	1	1961	1961
Aspiración de vómito durante anestesia	13.23	1	1959	1959
Aspiración mucos	11.3	1	1953	1953
Ataque cerebral	2.6	1	1899	1901
Ataque de asma	4.11	1	1948	1948
Ataque epiléptico	2.11	1	1956	1956
Atelectacia (sic) pulmonar	11.1	26	1954	1961
Atelectasia (prematuridad)	11.1	8	1959	1961
Atelectoria (sic) por aspiración de moco	14.3	1	1953	1953
Atelectasia (sic) pulmonar	11.1	2	1953	1955
Atrepcia (sic)	13.20	1	1909	1909
Atrepcia (sic) rectal	13.20	1	1907	1907
Atrepsia	13.20	27	1908	1960
Atrepsia (marasmo)	13.20	1	1952	1952
Atrepsia infantil	13.20	1	1913	1913
trofia	10.1	1	1908	1908

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Atrofia amarilla-aguda del hígado	5.17	2	1955	1955
Atrofia biliosa	5.7	1	1905	1905
Atrofia cerebral	10.1	1	1908	1908
Atrofia hepática	5.17	1	1908	1908
Atrofia muscular progresiva	2.12	2	1905	1914
Auto-intoxicación	6.1	1	1953	1953
Avariosis	1.39	2	1923	1925
Avitaminosis	1.59	1	1943	1943
Axficia (sic) inmerción (sic)	13.18	1	1956	1956
Bacilosis	1.30	4	1908	1927
Bacilosis intestinal	1.32	2	1923	1928
Bacilosis pulmonar	1.37	17	1905	1931
Bacilosis pulmonar crónica	1.30	1	1905	1905
Basilosis (sic) de Koch	1.30	1	1918	1918
Beriberi	1.59	6	1899	1943
Brevedad del cordón	11.3	1	1950	1950
Bromo (sic) neumonia	4.6	1	1916	1916
Bronconeumonía	4.6	284	1905	1961
Bronco-pulmonía	4.6	1	1954	1954
Bronquis neumonía	4.6	1	1920	1920
Bronquitis	4.4	26	1893	1957
Bronquitis aguda	4.4	15	1905	1952
Bronquitis asmatiforme	4.4	1	1957	1957
Bronquitis cap. (sic)	4.4	17	1905	1957
Bronquitis capilar aguda	4.4	4	1905	1906
Bronquitis catarral	4.4	2	1909	1909
Bronquitis crónica	4.5	4	1905	1918
Bronquitis gripal	1.12	1	1919	1919
Broquitis (sic) aguda	4.4	1	1912	1912
Cacexia (sic) palúdica	1.5	4	1906	1922
Caída de una bestia	13.12	1	1928	1928
Cálculo vesical	6.3	1	1915	1915
Cálculos de las vías urinarias	6.3	1	1943	1943
Calenturas	1.59	1	1899	1899
Calis de parto o mal parto	11.3	1	1952	1952
Cáncer	1.50	8	1923	1954
Cáncer de la laringe	1.50	1	1919	1919
Cáncer de la lengua	1.43	1	1950	1950
Cáncer de la mama	1.47	1	1946	1946
Cáncer de la matriz	1.46	2	1956	1957
Cáncer de vejiga	1.50	1	1955	1955
Cáncer del colon derecho	1.45	1	1960	1960
Cáncer del cuello	1.50	1	1952	1952
Cáncer del cuello uterino	1.46	6	1941	1949

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Cáncer del esófago	1.44	3	1912	1961
Cáncer del estómago	1.44	20	1908	1960
Cáncer del hígado	1.44	5	1948	1960
Cáncer del hígado y vías biliares	1.44	1	1943	1943
Cáncer del pulmón	1.50	3	1957	1961
Cáncer del recto	1.49	4	1942	1954
Cáncer del riñón	1.50	1	1958	1958
Cáncer del seno	1.47	4	1919	1961
Cáncer del útero	1.46	7	1942	1961
Cáncer en el estómago	1.44	3	1948	1957
Cáncer en el tórax	1.50	1	1912	1912
Cáncer en hígado	1.44	2	1940	1940
Cáncer en la laringe	1.43	1	1958	1958
Cáncer en la vejiga	1.45	1	1950	1950
Cáncer faríngeo	1.43	1	1959	1959
Cáncer faringo-laríngeo	1.43	1	1954	1954
Cáncer gástrico	1.44	2	1951	1960
Cáncer generalizado	1.46	1	1957	1957
Cáncer globo ocular	1.50	1	1960	1960
Cáncer oseo	1.50	1	1956	1956
Cáncer ovario	1.46	1	1959	1959
Cáncer sarcoma maxilar	1.43	1	1942	1942
Cancer uterino	1.46	3	1916	1961
Cáncer y otras formas de los órganos genitales	1.46	1	1944	1944
Cáncer y otros tumores malignos de la cavidad (sic) bucal y faríngea	1.43	1	1945	1945
Cáncer y otros tumores malignos del tubo digestivo y peritoneo	1.45	1	1943	1943
Cáncer (sic) de bóveda (sic) palatina	1.43	2	1911	1911
Cáncer (sic) de la boca	1.43	1	1911	1911
Cáncer (sic) del estómago	1.44	1	1913	1913
Cáncer (sic) en la matriz	1.46	1	1911	1911
Caquexia (sic) cáncer	1.50	2	1947	1960
Caquexia	14.4	2	1929	1951
Caquexia (cáncer del estómago)	1.44	6	1940	1960
Caquexia (cáncer epitelial y metástasis (sic))	1.46	3	1940	1956
Caquexia (cáncer generalizado)	1.50	1	1955	1955
Caquexia (cirrosis hepática)	5.15	1	1953	1953
Caquexia (desnutrición-T.B.C. pulmonar)	1.30	4	1950	1961
Caquexia (diarrea crónica-desnutrición avanzada)	5.7	2	1956	1957
Caquexia (tuberculosis pulmonar)	1.30	7	1940	1960
Caquexia aguda	14.4	1	1916	1916
Caquexia cancerosa	1.50	6	1926	1955
Caquexia cancerosa. Neo-lingual	1.43	1	1956	1956

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Caquexia cancerosa-cáncer del hígado	1.44	6	1949	1959
Caquexia malaria	1.5	2	1931	1947
Caquexia neo uterina	1.46	1	1957	1957
Caquexia palúdica	1.5	78	1905	1940
Caquexia palustre	1.5	13	1911	1924
Caquexia por probable cáncer del útero	1.46	1	1959	1959
Caquexia senil	14.3	3	1953	1959
Caquexia T.B.C.	1.37	3	1939	1941
Caquexia T.B.C.P	1.37	2	1941	1955
Carcinoma	1.50	1	1918	1918
Carcinoma cervical de útero	1.46	1	1960	1960
Carcinoma del colon	1.45	1	1958	1958
Carcinoma del cuello uterino	1.46	3	1953	1958
Carcinoma del estómago	1.44	2	1915	1956
Carcinoma del útero	1.46	2	1919	1961
Carcinoma esofágico	1.44	1	1958	1958
Carcinoma gástrica (sic)	1.44	13	1956	1961
Carcinoma hepático	1.44	3	1930	1957
Carcinoma prostático	1.50	1	1958	1958
Carcinoma uterino	1.46	3	1959	1961
Cardíaco	3.3	2	1952	1952
Cardio E	3.10	1	1935	1935
Cardio renal	3.3	5	1934	1953
Cardio-esclerosis	3.10	1	1916	1916
Cardiopatía congénita	10.1	2	1956	1960
Cardiopatía congénita con cianosis	10.1	1	1958	1958
Carsinoma (sic) interino	1.43	1	1914	1914
Caso de aborto se presentó por sífilis de la madre.	10.1	1	1940	1940
Catarro	4.13	1	1957	1957
Catarro bronquial	4.13	2	1907	1912
Catarro de larga duración	1.30	1	1956	1956
Catarro intestinal	5.7	1	1915	1915
Causas de muerte fueron "el corazón"	3.3	1	1948	1948
Causas de muerte fueron "prematura"	11.1	1	1947	1947
Cefálea intensa y fatiga	1.59	1	1956	1956
Celulitis de la cabeza	9.2	1	1945	1945
Celulitis escroto	6.3	1	1942	1942
Cerobro-esclerosis	2.18	1	1950	1950
Chagas	1.59	1	1949	1949
Chagas en la garganta	1.43	1	1955	1955
Cífilis (sic) terciaria	1.39	1	1957	1957
Cíncope (sic) cardíaco	3.3	1	1947	1947
Cirrosis alcohólica	5.15	1	1941	1941
Cirrosis atrófica	5.15	5	1905	1923

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Cirrosis atrofica de Lacnce (sic)	5.15	3	1911	1912
Cirrosis atrofica del higado	5.15	6	1911	1924
Cirrosis atrofica hepática	5.15	3	1909	1923
Cirrosis atrofica (sic) del higado	5.15	2	1913	1913
Cirrosis del higado	5.15	20	1916	1949
Cirrosis hepática	5.15	31	1907	1958
Cirrosis hepática no alcohólica	5.15	1	1942	1942
Cirrosis hipertrófica del higado	5.15	3	1914	1932
Cirrosis hipertrófica hepática	5.15	1	1912	1912
Cirrosis vilial hipertrópica	5.15	1	1909	1909
Cistitis	6.6	1	1938	1938
Cistitis crónica	6.6	2	1912	1914
Clirrosis palúdica	1.5	2	1908	1908
Colapso cardíaco hepatitis	5.17	1	1946	1946
Colapso cardio vascular	3.10	5	1955	1959
Colapso cardio vascular envenenamiento	13.22	2	1958	1960
Colapso cardio-vascular-insuficiencia cardíaca	3.3	2	1954	1955
Colapso perférico (sic)-neo gástrico	1.44	1	1960	1960
Colapso respiratoria-hemorragia cerebral-hipertensión arterial	3.6	1	1954	1954
Colapso respiratorio-tuberculosis pulmonar	1.30	1	1954	1954
Colapso vascular-insuficiencia cardíaca-miocarditis	3.3	1	1955	1955
Colapso-extracción fetal-bajo anestecia (sic) general	11.3	1	1953	1953
Colecistitis	5.16	1	1943	1943
Cólera infantil	5.7	2	1906	1906
Cólera infantil de carácter agudo	5.7	1	1906	1906
Colerín	1.15	2	1899	1937
Colerina	1.15	8	1905	1937
Colerina infantil	1.15	1	1907	1907
Colibacilosis	5.7	1	1942	1942
Cólico	14.3	3	1899	1906
Cólico hepático	5.15	7	1914	1929
Cólico hepatitis	5.17	1	1909	1909
Cólico intestinal	5.10	10	1907	1920
Cólico miserere	5.10	2	1916	1916
Colitis infantil	5.7	1	1915	1915
Colpoperiférico, enfermedad principal paludismo	1.5	1	1945	1945
Coma (hipertensiva-hipertención (sic) arterial)	3.6	1	1955	1955
Coma cerebral (fractura de cráneo)	13.10	1	1956	1956
Coma cerebral (hemorragia interna-fractura del cráneo-caída de un caballo)	13.12	1	1955	1955
Coma cerebral (herpo-oftálmico-senilidad)	2.18	1	1951	1951
Coma diabético	1.54	3	1957	1960
Coma hepático	1.44	1	1961	1961

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Coma urémico (insuficiencia renal aguda)	6.3	4	1959	1961
Coma urémico-glomerulonefritis	6.1	4	1955	1960
Congenitoso pulmonar	14.3	1	1948	1948
Congestión aguda	2.6	1	1925	1925
Congestión cerebral	2.6	30	1899	1934
Congestión encefálica	2.6	1	1907	1907
Congestión hepática aguda	5.17	1	1926	1926
Congestión pulmonar	4.9	1	1943	1943
Conmoción cerebral	13.12	2	1909	1949
Conqueluche (sic)	1.9	2	1920	1948
Consunción (sic) senil	1.59	1	1918	1918
Consunción	1.59	10	1899	1920
Consunción (basilosis (sic) pulmonar)	1.30	1	1929	1929
Consunción (cáncer uterino)	1.46	1	1953	1953
Consunción (enteritis aguda)	5.7	1	1907	1907
Consunción (tuberculosis)	1.37	1	1906	1906
Consunción orgánica	1.59	2	1917	1919
Contusión cerebral (tubazo sobre la región parieto temporal izquierda-etilismo)	13.12	1	1959	1959
Contusiones con garrote	13.12	1	1920	1920
Contusiones de la cabeza y del cráneo	13.12	1	1912	1912
Contusiones generalizadas, fractura cráneo.	13.12	1	1945	1945
Convulsión	2.13	1	1944	1944
Convulsiones	2.13	3	1949	1953
Coqueluche	1.9	11	1906	1940
Corazón pulmonar crónico (asma bronquial)	4.11	1	1955	1955
Cosma epiléptico (sic)	2.11	1	1959	1959
Cráneo torcido (parto prolongado-hidrocefalia)	11.3	1	1957	1957
Crisis convulsiva	2.13	1	1960	1960
Crisis hipertésea (sic) (insuficiencia cardíaca)	3.3	1	1955	1955
Cuadro agudo abdominal	14.3	1	1953	1953
Cuerpo extraño en la tráquea	13.23	1	1954	1954
Cuerpo ulcerado	8.8	1	1952	1952
Cúrpura (sic) hemorrágica	3.9	1	1937	1937
De repente	14.2	1	1922	1922
De un tumor	1.50	2	1899	1900
De una caída y de una bestia	13.12	1	1924	1924
Debelida (sic) congénita	11.1	49	1920	1961
Debilidad cenil (sic)	14.3	6	1924	1931
Debilidad cerebral	14.3	1	1929	1929
Demencia	2.18	2	1946	1948
Denteritis (sic) aguda	5.7	2	1920	1920
Dentición	11.2	3	1900	1919
Dentirites (sic)	5.7	1	1920	1920

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Derrame cerebral	2.6	2	1907	1907
Descarga eléctrica (muerte por rayo)	13.12	1	1938	1938
Descomposición	13.20	1	1956	1956
Descomposición (deshidratación-enterocolitis)	5.7	6	1955	1955
Descomposición (desnutrición)	10.1	1	1956	1956
Desequilibrio hidroelectrolítico (gastroenteritis)	5.7	2	1960	1960
Desequilibrio hidro-electrolítico y gastroenteritis	5.7	1	1961	1961
Desfallecimiento cardíaco (fiebre infecciosa intestinal)	3.3	1	1930	1930
Desgarramiento del músculo cardíaco	3.10	1	1905	1905
Deshidratación	13.20	4	1951	1955
Deshidratación (ancianidad-arterioesclerosis)	3.5	1	1959	1959
Deshidratación (vómitos-diarreas-gastroenteritis)	5.7	33	1950	1959
Deshidratación gastroenteritis	5.7	1	1957	1957
Deshidratación por enteritis	5.7	1	1951	1951
Deshidratación, diarrea y vómitos	5.7	1	1958	1958
Desintería (sic)	1.16	10	1899	1948
Desintería (sic) aguda	1.16	3	1906	1909
Desintería (sic) amibiana	1.16	1	1942	1942
Desintería (sic) bacilar	1.16	2	1949	1960
Desintérica (sic) (pulmonía)	4.7	1	1939	1939
Desnutrición	13.20	8	1946	1957
Desnutrición (caquexia por cáncer de la próstata)	1.50	1	1956	1956
Desnutrición (caquexia-carcinoma del estómago)	1.44	1	1956	1956
Desnutrición (caquexia-diarrea crónica)	5.7	1	1957	1957
Desnutrición avanzada	13.20	1	1958	1958
Desprendimiento prematuro de la placenta	11.3	1	1961	1961
Destiofia (sic)(diarrea-enterites (sic))	5.7	1	1949	1949
Destocia (sic) fetal (generalidad-sífilis materna)	10.1	1	1951	1951
Devilidad (sic)	14.3	1	1951	1951
Devilidad (sic) congénita	11.1	5	1947	1949
Diabetes	1.54	5	1925	1956
Diabetes antigua	1.54	1	1946	1946
Diabetes sacarina	1.54	3	1937	1946
Diarrea	5.7	105	1899	1958
Diarrea (debilidad congénita)	11.1	1	1958	1958
Diarrea aguda	5.7	5	1911	1960
Diarrea cleriforme (sic)	5.7	1	1907	1907
Diarrea crónica	5.7	17	1907	1912
Diarrea de la infancia	5.7	3	1911	1911
Diarrea desinteriforme (sic)	5.7	2	1909	1911
Diarrea enteri (sic)	5.7	15	1939	1953
Diarrea especificada	5.7	1	1957	1957
Diarrea infantil	5.7	7	1907	1915
Diarrea intestinal (sic)	5.7	1	1948	1948

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Diarrea no especificada	5.7	6	1952	1958
Diarrea sanguinolenta	5.7	1	1911	1911
Diarrea verde	5.7	1	1906	1906
Diarrea y anterites (sic)	5.7	80	1941	1956
Diarrea y fiebre	5.7	1	1953	1953
Diarrea y paludismo	1.4	1	1938	1938
Diarrea y vómito	5.7	18	1946	1958
Diarrea y vómitos no especificada	5.7	1	1953	1953
Diarrea/enteritis	5.7	1	1943	1943
Diarreas	5.7	43	1899	1960
Diarreas caloriforme (sic)	5.7	1	1908	1908
Difteria	1.11	4	1945	1947
Difteria laríngea	1.11	1	1942	1942
Dilatación aguda (edema agudo del pulmón)	3.3	1	1957	1957
Dilatación aguda del estómago	5.5	2	1939	1952
Dilatación del estómago	5.5	1	1921	1921
Diplecia (sic)	14.2	1	1948	1948
Disenteria	1.16	120	1900	1957
Disenteria aguda	1.16	110	1905	1926
Disentería amibiana	1.16	18	1912	1944
Disentería bacilar	1.16	5	1928	1943
Disenteria crónica	1.16	50	1901	1922
Disentería declarada	1.16	1	1911	1911
Disentería forma palúdica	1.5	1	1906	1906
Disentería gangrenosa	1.16	1	1906	1906
Disentería in (sic) un (sic) tuberculosis	1.37	1	1907	1907
Disentería microbina	1.16	1	1909	1909
Disentería palúdica	1.5	2	1905	1906
Dispepsia crónica	5.5	1	1918	1918
Dispepsia forma gástrica	5.5	1	1924	1924
Dispepsia simple	5.5	1	1953	1953
Distocia de dilatación	11.3	1	1957	1957
Distocia de dilatación con parto prolongado	11.3	1	1957	1957
Distocia materna	7.2	1	1914	1914
Distrofia	1.59	4	1951	1956
Dormía con otro niño que lo aplastó (probablemente asfixia de las vías respiratorias mecánicamente)	13.12	1	1951	1951
Eclampcia (sic) del momento del parto y puerperio	11.3	1	1956	1956
Eclampcia (sic) pre y post partum	11.3	1	1958	1958
Eclampsia	2.12	14	1908	1961
Eclampsia de la madre (muerte fetal)	11.3	1	1951	1951
Eclampsia de los niños	2.12	1	1911	1911
Eclampsia del embarazo	11.3	1	1940	1940
Eclampsia infantil	2.12	30	1906	1921

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Eclampsia post-parto	11.3	2	1905	1951
Eclampsia puerperal	11.3	15	1909	1957
Eclampsia puerperal	7.4	1	1934	1934
Eclapsia albuminosa	11.3	1	1951	1951
Ectacia aórtiga (sic)	3.3	1	1935	1935
Edad avanzada	14.3	1	1952	1952
Edema (disnea-probable insuficiencia cardíaca)	3.3	1	1955	1955
Edema aguda (sic) (pulmonía)	4.7	1	1959	1959
Edema aguda (sic) del pulmón	4.13	55	1944	1961
Edema agudo de la globis	4.2	1	1908	1908
Edema cerebral	14.1	1	1922	1922
Edema cerebral (leucemia linfática)	2.6	1	1929	1929
Edema generalizado (comía tierra)	14.1	1	1958	1958
Electrocución	13.23	2	1949	1960
Electrocución de la luz eléctrica de esta ciudad	13.23	1	1949	1949
Elefanciatis	8.8.0	1	1911	1911
Elitismo crónico	1.60	1	1945	1945
Ematuria (sic)	6.6	4	1901	1917
Embarazo tubario	7.1	1	1946	1946
Embolia cerebral	2.6	2	1911	1960
Embolia del tronco coronario	3.6	1	1905	1905
Embolia séptica cerebral	2.6	1	1953	1953
Emiplegia (sic)	2.18	2	1956	1957
Enagenación (sic) mental	2.18	4	1906	1952
Encefalitis	2.1	7	1947	1958
Encefalitis aguda	2.1	1	1909	1909
Endocarditis (sic)	3.2	7	1911	1956
Endocarditis crónica	3.2	11	1913	1945
Endocarditis infecciosa (tétano)	2.14	1	1926	1926
Endocarditis tabáquica	3.2	1	1918	1918
Endometritis crónica	6.6	1	1913	1913
Eneritis (sic) aguda infantil	5.7	1	1916	1916
Enfermedad (Koch bacilo)	1.30	1	1942	1942
Enfermedad azul	13.23	3	1907	1928
Enfermedad cardíaca	3.3	2	1954	1954
Enfermedad cardio-renal	3.3	1	1953	1953
Enfermedad crónica de la madre	11.3	3	1945	1951
Enfermedad de Chagas	1.59	3	1949	1958
Enfermedad de Hagsón (sic)	3.5	4	1939	1945
Enfermedad de la vejiga	6.5	2	1948	1950
Enfermedad de las fosas nasales y anexos	4.9	1	1943	1943
Enfermedad de Openham	14.3	1	1950	1950
Enfermedad de Roger	3.10	1	1951	1951
Enfermedad del aparato respiratorio	4.13	1	1950	1950

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Enfermedad del Banti	5.18	3	1946	1946
Enfermedad del corazón	3.3	1	1947	1947
Enfermedad del cráneo	14.3	1	1939	1939
Enfermedad del hígado	5.17	1	1958	1958
Enfermedad del páncreas	5.1	1	1948	1948
Enfermedad del sistema nervioso (apoplejía)	2.6	1	1950	1950
Enfermedad funcional del corazón (sic)	3.3	1	1946	1946
Enfermedad hemolítica	10.1	1	1953	1953
Enfermedad infección palustre	1.4	1	1926	1926
Enfermedad orgánica del corazón	3.3	4	1918	1931
Enfermedad pulmonar crónica (T.B.C.)	1.30	1	1957	1957
Enfermedades de la faringe y amígdalas	5.2	1	1944	1944
Enfermedades de los órganos	14.3	1	1948	1948
Enfermedades de los órganos genitales de la mujer, no especificadas como venéreas	6.6	1	1942	1942
Enfermedades de los riñones	6.3	1	1947	1947
Enfermedades del corazón	3.3	1	1949	1949
Enfermedades del hígado	5.17	1	1948	1948
Enfermedades del miocardio	3.3	2	1947	1949
Enfermedades prostáticas	6.6	1	1948	1948
Enfermedades reumática (sic)	1.51	1	1946	1946
Enfermedades vitamínicas (sic)	1.59	1	1947	1947
Enfisema pulmonar	4.12	3	1938	1947
Enflaquecimiento (tos-fiebre-posible T.B.C.)	1.30	2	1955	1957
Enmadurez(sic) fetal	11.1	1	1960	1960
Encefalitis (sic) infección aguda	2.1	1	1947	1947
Enteritis	5.7	57	1905	1949
Enteritis aguda	5.7	88	1905	1960
Enteritis coleriforme	5.7	2	1905	1912
Enteritis crónica	5.7	64	1905	1942
Enteritis de los niños	5.7	2	1911	1911
Enteritis disenterica	5.7	1	1920	1920
Enteritis disenteriforme	5.7	2	1909	1911
Enteritis gangrenosa	8.1	1	1909	1909
Enteritis infantil	5.7	2	1912	1915
Enteritis infantil epidémica	5.7	1	1912	1912
Enteritis infecciosa	5.7	4	1912	1913
Enteritis muco-membranosa	5.7	1	1906	1906
Enteritis palúdica	1.5	1	1915	1915
Enteritis tuberculosa	1.32	1	1910	1910
Enteritis y diarrea	5.7	1	1942	1942
Entero colitis muco membranosa	5.7	4	1905	1906
Enterocolitis aguda	5.7	3	1905	1905
Enterocolitis crónica	5.7	2	1905	1911

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Enterocolitis de los niños	5.7	1	1911	1911
Entero-colitis infecciosa	5.7	3	1912	1912
Enterorragia	5.11	1	1935	1935
Entesti (sic)	5.7	1	1923	1923
Entestis (sic) aguda	5.7	4	1909	1923
Entiritis (sic) crónica	5.7	1	1913	1913
Envenenamiento (ingestión de yuca amarga)	13.22	1	1960	1960
Envenenamiento (toxafeno-suicidio)	13.22	1	1959	1959
Envenenamiento accidental agudo	13.22	1	1942	1942
Envenenamiento agudo por arsénico	13.22	1	1928	1928
Envenenamiento con folidor	13.22	1	1957	1957
Envenenamiento corrosivo (ingestión de ácido clohídrico (sic)-suicidio)	13.22	1	1960	1960
Envenenamiento gangrenoso debido a la obstrucción de las vías urinarias sin cálculo	6.3	1	1908	1908
Envenenamiento no especificado	13.22	1	1943	1943
Envenenamiento por petróleo refinado	13.22	1	1942	1942
Epatitis (sic)	5.17	1	1961	1961
Epatitis (sic) aguda	5.17	1	1960	1960
Epatitis (sic) grave	5.17	1	1961	1961
Epilepcia (sic)	2.11	33	1905	1961
Epilepsia aguda	2.11	1	1907	1907
Epilepsia Bravais Jacksoniana	2.11	1	1943	1943
Epilepsia esencial	2.11	1	1924	1924
Epilepsia Jacksoriana (sic)	2.11	2	1913	1916
Epilepsia subistante (sic)	2.11	2	1909	1960
Epilepsia subrulenta (sic)	2.11	1	1959	1959
Epitelasia de la matriz	1.46	1	1913	1913
Epitelio piloro	14.3	1	1905	1905
Epitelioma basocelular (sic) penetrante	1.50	1	1959	1959
Epitelioma de las amigdales	1.43	1	1909	1909
Epitelioma del paladar blando	1.43	1	1958	1958
Erisipela	1.21	12	1916	1939
Erisipela de la cara	1.21	1	1926	1926
Erisipela de la pierna	1.21	1	1918	1918
Erispiela (sic) endicartitis (sic) estreptococcica (sic)	1.21	1	1917	1917
Eritoblastoxis (sic)	10.1	1	1955	1955
Eritolilastosis (sic) (prematureo)	11.1	1	1952	1952
Erupción cutánea generalizada de tipo purfigoideo (sic) con ulceraciones extensas y lesiones bucosas (bucal) ulcerosas.	8.1	1	1960	1960
Esclampsia (sic) infantil	2.12	1	1911	1911
Esclerosis en placas	2.18	1	1908	1908
Escrófula	1.38	1	1908	1908

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Espasmo	2.12	1	1899	1899
Espasmo de la globis	14.3	1	1905	1905
Esplenomegalia	5.18	1	1908	1908
Esplenomegalia palúdica	1.5	6	1909	1911
Esplenomeglia (sic)	1.5	2	1911	1911
Estado de mal epiléptico	2.11	1	1957	1957
Estado hemorrágico	3.9	1	1942	1942
Estenosis de la úretra	6.6	1	1945	1945
Estenosis exofágica (sic)	1.44	1	1953	1953
Estomatitis infecciosa	5.1	1	1907	1907
Estrangulación accidental	13.23	1	1912	1912
Estrangulación herniana	5.10	1	1919	1919
Estrangulamiento intestinal	5.19	1	1911	1911
Estrechez aórtica	3.3	3	1906	1914
Estrechez mitral	3.3	6	1911	1913
Etilismo agudo	1.60	2	1960	1961
Etilismo crónico	1.60	2	1937	1953
Exceso de trabajo de la madre.	11.3	1	1940	1940
Extensión (sic) del píloro	5.5	1	1960	1960
Falleció de asfixia durante el nacimiento	11.3	1	1946	1946
Falleció de repente	14.2	1	1899	1899
Falleció repentinamente	14.2	3	1908	1937
Falleció repentinamente (congestión cerebral repentina)	2.6	1	1937	1937
Falleció repentinamente a causa de una afección cardíaca	3.3	1	1907	1907
Fallo respiratorio	4.6	1	1953	1953
Feto muerto	11.3	2	1960	1960
Feto muerto (cífilis (sic) congénicas (sic))	10.1	2	1951	1952
Fibrilación ventricular	3.3	1	1957	1957
Fibrulación (sic) aurículo-ventricular	3.3	1	1961	1961
Fiebra palúdica continua	1.4	1	1908	1908
Fiebre	1.59	112	1893	1955
Fiebre continua palúdica	1.4	1	1912	1912
Fiebre tos, enfraquecimiento probable tuberculosis pulmonar	1.30	5	1952	1956
Fiebre (diarrea-vómitos)	5.7	3	1954	1960
Fiebre (edemas-probable cardiorrenal)	3.3	1	1954	1954
Fiebre (pecho apretado-catarro fuerte-probable bronconeumonía)	4.6	1	1955	1955
Fiebre (piodermitis generalizada)	8.3	1	1955	1955
Fiebre (tifo) perniciosa	1.1	1	1929	1929
Fiebre (tos-neumonía)	4.7	2	1954	1956
Fiebre a (sic) plasmodium falciparum	1.4	1	1945	1945
Fiebre amarilla	1.13	3	1908	1908

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Fiebre anémica	1.58	1	1956	1956
Fiebre biliosa	1.4	13	1908	1925
Fiebre biliosa hemoglobimúrica (sic)	1.4	4	1913	1938
Fiebre biliosa hemorrágica	1.4	2	1908	1909
Fiebre biliosa palúdica	1.4	9	1909	1921
Fiebre biliosa perniciosa	1.4	1	1911	1911
Fiebre biliosa remitente	1.4	1	1911	1911
Fiebre cerebro espinal	2.2	2	1907	1908
Fiebre colerina	1.15	1	1908	1908
Fiebre comatosa	1.4	2	1905	1915
Fiebre comatosa palúdica	1.4	1	1907	1907
Fiebre continua palúdica	1.4	29	1906	1919
Fiebre convulsiva	14.3	1	1905	1905
Fiebre de causas indeterminadas	1.59	1	1951	1951
Fiebre de cinco días	1.59	1	1955	1955
Fiebre de forma neumónica	4.7	1	1911	1911
Fiebre dicentérica (sic)	1.16	1	1909	1909
Fiebre ematúrica (sic)	1.4	1	1908	1908
Fiebre epiléptica	2.11	1	1911	1911
Fiebre forma gástrica	1.1	1	1911	1911
Fiebre gástrica	1.1	3	1905	1914
Fiebre gástrica biliosa	1.4	15	1905	1916
Fiebre hemoglobinúrica	1.4	4	1911	1932
Fiebre infecciosa	1.59	2	1911	1911
Fiebre infecciosa (tifo)	1.2	1	1937	1937
Fiebre infecciosa intestinal	1.1	1	1923	1923
Fiebre intermitente	1.4	1	1913	1913
Fiebre intermitente palúdica	1.4	1	1911	1911
Fiebre intestinal colibasitosis (sic)	5.7	1	1957	1957
Fiebre larga	1.59	1	1925	1925
Fiebre maligna	1.1	1	1905	1905
Fiebre palúdica	1.4	182	1905	1940
Fiebre palúdica aguda	1.4	1	1909	1909
Fiebre palúdica biliosa	1.4	6	1908	1918
Fiebre palúdica calentura	1.4	1	1909	1909
Fiebre palúdica comatosa	1.4	1	1907	1907
Fiebre palúdica continua	1.4	43	1907	1918
Fiebre paludica dinámica	1.4	1	1912	1912
Fiebre palúdica exutínica (sic)	1.4	1	1909	1909
Fiebre palúdica hemorrágica	1.4	1	1907	1907
Fiebre palúdica maligna	1.4	2	1905	1907
Fiebre palúdica perniciosa	1.4	23	1905	1918
Fiebre paludosa	1.4	1	1917	1917
Fiebre palustre	1.4	3	1907	1911

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Fiebre paratifoidea	1.1	2	1934	1953
Fiebre perniciosa	1.4	154	1899	1934
Fiebre perniciosa algida	1.4	1	1905	1905
Fiebre perniciosa coleriforme	1.4	3	1906	1907
Fiebre perniciosa comatosa	1.4	1	1907	1907
Fiebre perniciosa de origen palustre	1.4	1	1906	1906
Fiebre perniciosa forma cerebral	1.4	1	1906	1906
Fiebre perniciosa forma comatosa	1.4	1	1907	1907
Fiebre perniciosa palúdica	1.4	26	1905	1921
Fiebre perniciosa tropical	1.4	1	1941	1941
Fiebre prolongada	1.59	1	1916	1916
Fiebre puerperal (sic)	7.4	33	1905	1935
Fiebre puerperal	7.4	1	1935	1935
Fiebre pulmonal (sic)	4.13	10	1900	1925
Fiebre remitente	1.4	2	1905	1905
Fiebre remitente biliosa	1.4	5	1905	1915
Fiebre remitente palúdica	1.4	2	1909	1911
Fiebre tetánica	2.14	6	1899	1916
Fiebre tifodea	1.1	39	1905	1954
Fiebre tifo-malárica	1.1	2	1915	1918
Fiebre y caquexia	1.59	1	1911	1911
Fiebre y enflaquecimiento	1.59	2	1954	1954
Fiebres prolongadas	1.59	1	1950	1950
Fimia	1.30	1	1912	1912
Finado falleció repentinamente	14.2	1	1939	1939
Flebitis	3.10	1	1940	1940
Flegmón de la pared torásica (sic)	8.3	1	1906	1906
Flegmón del brazo	8.3	1	1920	1920
Flegmón difuso de la región supra tiroidea (angina de Ludwig)	8.3	1	1942	1942
Formación congénita del corazón	10.1	1	1942	1942
Fractura abierta de cráneo	13.10	5	1956	1961
Fractura abierta pierna izquierda	13.10	1	1946	1946
Fractura base cráneo	13.10	12	1951	1961
Fractura base de cráneo debido a accidente automovilístico	13.10	1	1953	1953
Fractura columna cervical (fue prácticamente decapitado-accidente de tránsito)	13.10	1	1956	1956
Fractura cráneo	13.10	1	1955	1955
Fractura cráneo y polifracturas de miembros	13.10	1	1960	1960
Fractura de base cráneo	13.10	4	1952	1961
Fractura de cráneo	13.10	11	1956	1961
Fractura de cráneo abierta	13.10	2	1958	1958
Fractura de la base del cráneo	13.10	2	1950	1954

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Fractura de la base del cráneo debido a accidente automovilístico	13.10	3	1946	1954
Fractura de la columna	13.10	1	1955	1955
Fractura del cráneo	13.10	6	1951	1954
Fractura del cráneo (accidente de trabajo)	13.10	2	1955	1955
Fractura del cráneo debido a accidente automovilístico que ocurrió fuera del trabajo	13.10	1	1952	1952
Fractura fémur derecho, pelvis y saco. Ruptura vesical	13.10	1	1944	1944
Fractura-base del cráneo	13.10	1	1961	1961
Fracturas costales de miembro superior contusión del abdomen	13.10	1	1944	1944
Fue asesinado por heridas penetrantes del tórax con arma cortante (homicidio)	13.12	1	1939	1939
Fuerte hemorragia producida por lesiones y contusiones que le produjo un tigre	13.23	1	1940	1940
Funiráculo (sic) del labio superior	14.3	1	1939	1939
Furúnculo del labio	14.3	1	1938	1938
Gangrena	8.1	1	1899	1899
Gangrena (extremidades inferiores)	8.1	1	1951	1951
Gangrena gaseosa (fractura abierta del antebrazo)	8.1	4	1941	1958
Gangrena gaseosa por herida de arma de fuego pierna derecha	8.1	1	1938	1938
Gangrena húmeda	8.1	1	1908	1908
Gangrena húmeda de la pierna izquierda	8.1	1	1916	1916
Gangrena miembros Inf.(sic)	8.1	1	1960	1960
Gangrena seca	8.1	1	1950	1950
Gangrena seca de las extremidades	8.1	1	1907	1907
Gangrena seca de pierna	8.1	1	1959	1959
Gastroenteritis	5.7	232	1905	1961
Gastrectasia	5.20	1	1912	1912
Gastritis aguda	5.5	2	1914	1915
Gastritis crónica	5.5	2	1908	1925
Gastro enteritis aguda	5.7	52	1905	1957
Gastro enteritis crónica	5.7	5	1912	1916
Gastro enteritis infección	5.7	1	1920	1920
Gastro enteritis infecciosa	5.7	14	1912	1926
Gastro enteritis traumática	5.7	1	1915	1915
Gastro-carcinoma	1.44	1	1914	1914
Gastroenterite (sic)	5.7	1	1949	1949
Gastro-enteritis aguda febril	5.7	1	1907	1907
Gastroenteritis bronquitis	5.7	1	1952	1952
Gastroenteritis grave	5.7	3	1955	1961
Gastro-enteritis tres días y desnutrición	5.7	1	1951	1951
Gastro-entero-colitis aguda	5.7	1	1905	1905

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Gastro-entero-colitis crónica	5.7	1	1905	1905
Geofagia	1.58	4	1907	1912
Glomerulo nefritis difusa aguda	6.1	1	1954	1954
Glomerulonefritis (toxemia grave-embarazo)	1.59	1	1955	1955
Glomerulonefritis (uremia crónica)	6.1	1	1953	1953
Glomerulonefritis aguda	6.1	2	1952	1961
Glomerulonefritis maligna	6.1	1	1956	1956
Golpes de un tubo en la cabeza trabajando en Tácata.	13.10	1	1954	1954
Gran mal epiléptico	2.11	2	1958	1958
Granmatismo (mal definida)	14.3	1	1953	1953
Granulia aguda	1.37	1	1912	1912
Grippe	1.12	68	1901	1957
Heglobinuria (sic) palúdica	1.5	1	1920	1920
Hematemasis (sic) (úlceras gástrica)	5.5	4	1912	1956
Hematemesis y melana irreductible	5.5	1	1957	1957
Hematosis por tuberculosis	1.30	1	1905	1905
Hematuria palúdica	1.5	1	1907	1907
Hematuria paludismo pernicioso	1.5	2	1941	1941
Hemiplegia	2.18	16	1935	1961
Hemiplegia alterna	2.18	1	1958	1958
Hemofilia	3.9	2	1911	1959
Hemoglobinuria	1.5	9	1907	1917
Hemoglobinuria palúdica	1.5	1	1907	1907
Hemoptisis	1.30	5	1951	1954
Hemoptisis (T.B.C.)	1.30	11	1937	1961
Hemoptisis fulminante	1.30	3	1909	1956
Hemoptisis sepsis	1.30	1	1961	1961
Hemoptisis tuberculosis pulmonar	1.30	9	1940	1958
Hemoptisis y la enfermedad principal tuberculosis	1.30	1	1937	1937
Hemorragia aguda (degollamiento del cuello por arma blanca)	13.23	2	1959	1960
Hemorragia aguda (parto con retención de la placenta)	7.1	1	1957	1957
Hemorragia aguda (ruptura várices esofágica (sic))	5.20	1	1958	1958
Hemorragia aguda genitales-externos (último trimestre embarazo)	7.1	1	1961	1961
Hemorragia cerebral	2.6	2	1917	1951
Hemorragia cerebral, 4 días (hipertensión arterial, 2)	2.6	84	1905	1961
Hemorragia de las arterias de una pierna	13.23	1	1908	1908
Hemorragia del cordón umbilical (sic)	11.1	1	1941	1941
Hemorragia del embarazo	7.1	1	1942	1942
Hemorragia durante el parto	7.2	1	1948	1948
Hemorragia estópica	7.1	1	1948	1948
Hemorragia externa (polifracturas-lesión de arterias y vasos temporales)	13.10	1	1960	1960

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Hemorragia facial a consecuencia de haberle caído una bestia encima	13.12	1	1919	1919
Hemorragia gastroduodenal	5.11	1	1960	1960
Hemorragia histerectomía (ruptura uterina)	13.12	1	1959	1959
Hemorragia intercraneal	11.1	1	1960	1960
Hemorragia interina (sic) pospartum	7.3	1	1913	1913
Hemorragia interina puerperal	7.3	1	1914	1914
Hemorragia interna	3.9	3	1911	1958
Hemorragia interna (accidente ocasionado por un caballo)	13.12	9	1941	1960
Hemorragia interna (embarazo ectópico reto)	7.1	4	1953	1959
Hemorragia interna (lesión de los huesos, venas y pulmón izquierdo-herida de arma blanca)	13.23	3	1958	1958
Hemorragia interna (post partum)	7.3	1	1938	1938
Hemorragia Interna debido a ruptura hepática pulmón (herida por arma de fuego)	13.23	1	1958	1958
Hemorragia interna por ruptura de un saco aneurismático del tronco braquio	3.9	1	1905	1905
Hemorragia intracraneal	11.1	3	1956	1958
Hemorragia intra-craneal (retención cabeza última)	11.3	2	1958	1961
Hemorragia intracraneana e interna (herida por arma de fuego de cráneo y tórax-homicidio).	13.23	1	1961	1961
Hemorragia meníngea	2.2	2	1954	1957
Hemorragia por parto	7.3	1	1940	1940
Hemorragia por retención placentaria	11.3	1	1951	1951
Hemorragia post aborto	7.3	1	1937	1937
Hemorragia post-intervención	3.9	1	1944	1944
Hemorragia postpartum	7.3	14	1905	1958
Hemorragia post-paterna	7.3	1	1961	1961
Hemorragia puelperal (sic)	7.3	22	1912	1937
Hemorragia puelperal (sic) interna	7.3	1	1937	1937
Hemorragia puerperal	7.3	5	1934	1935
Hemorragia pulmonar	4.13	2	1908	1908
Hemorragia pulmonar por tuberculosis	1.30	2	1905	1907
Hemorragia subaracnoidea (hipertensión arterial-cause esencial)	3.6	1	1960	1960
Hemorragia uterina puerperal	7.3	1	1912	1912
Hemorragias	3.9	1	1952	1952
Hemorragias (gingrorragias (sic)) púrpura-leucemia	3.10	1	1954	1954
Hemortisis (sic) periódicas (pérdida de peso-posible T.B.)	1.37	1	1961	1961
Hemo-tisis (sic) por tuberculosis pulmonar	1.30	1	1906	1906
Hendiduras del cráneo	13.23	1	1959	1959
Hepatitis (sic)	5.17	9	1909	1946
Hepatitis	5.17	1	1937	1937
Hepatitis aguda	5.17	6	1907	1923

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Hepatitis crónica	5.17	3	1906	1923
Hepatitis infecciosa	5.17	1	1956	1956
Hepatitis supurada	5.17	10	1906	1918
Hepatitis viral	5.17	1	1959	1959
Hepatoesplenomegalia anemia intrusa	5.13	1	1949	1949
Hepatomegalia glicogénica e ictericia crónica con cirrosis	5.13	1	1942	1942
Hepilepsia (sic)	2.11	1	1954	1954
Heredo luez (sic)	10.1	1	1953	1953
Herida con arma de fuego	13.23	1	1951	1951
Herida de bala	13.23	1	1901	1901
Herida de la yugular derecha por instrumento punzante y cortante	13.12	1	1930	1930
Herida penetrante del abdomen (instrumento corto punzante)	13.12	1	1945	1945
Herida penetrante del tórax producida por instrumento punzante (sic)	13.12	1	1920	1920
Herida penetrante en el abdomen por arma de fuego	13.23	1	1922	1922
Herida penetrante en la región superior interna del brazo izquierdo	13.23	1	1937	1937
Herida pleuro pulmonar (perforante)	13.12	1	1952	1952
Herida por arma de fuego	13.23	3	1915	1947
Herida por arma de fuego en región temporal (suicidio)	13.23	1	1960	1960
Herida por arma de fuego la cual interesó corazón y pulmones con orificios de entrada en quinto espacio intercostal izquierdo y de salida en región posterior de nivel del séptimo espacio intercostal en región paravertebral derecha.	13.23	1	1958	1958
Herida por arma de fuego, en región carotídea derecha, en su casa de habitación (posiblemente accidental)	13.23	1	1958	1958
Herida por bala. Corazón. Herida por arma de fuego. Contesión (sic) cardíaca.	13.23	1	1958	1958
Herida por instrumento cortante	13.23	1	1921	1921
Herida punzo-cortante de carácter mortal	13.12	1	1957	1957
Herida que se infirió en la región precordial con una escopeta morocha	13.23	1	1931	1931
Heridas cortantes en el abdomen	13.23	1	1955	1955
Heridas producidas por tigre	13.23	1	1941	1941
Hernia estrangulada de ombligo (hemiplegia)	5.10	1	1954	1954
Hernia estrangular (sic)	5.10	1	1921	1921
Hernia inguinal isquirda (sic)	5.10	1	1913	1913
Hidrocefalia	10.1	6	1905	1961
Hidrocéfalo-mortinato	10.1	1	1958	1958
Hidropecía (sic)	14.1	24	1899	1952
Hipertención (sic)	3.6	2	1948	1955

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Hipertensión (arterioesclerosis senil)	3.6	1	1956	1956
Hipertensión (hemorragia cerebral-glomerulonefritis)	3.6	1	1953	1953
Hipertensión arterial	3.6	6	1943	1961
Hipertensión arterial (angina de pecho)	3.4	1	1943	1943
Hipertensión sanguínea	3.6	1	1945	1945
Hipertensión sanguínea (idiopática)	3.6	3	1943	1944
Hipertrofia de corazón	3.3	1	1912	1912
Hipertrofia de la próstata	6.6	2	1937	1945
Hipo-alimentación	13.20	1	1945	1945
Homicidio	14.3	1	1940	1940
Homicidio (herida por arma de fuego)	13.23	1	1954	1954
Homicidio (por herida penetrante en el tórax, anemia aguda, hemorragias externas e internas-heridas-ocurrió fuera del trabajo y su muerte fue vista)	13.12	1	1952	1952
Homicidio por arma de fuego	13.23	4	1944	1947
Homicidio por instrumento cortante	13.12	1	1945	1945
Ictericia	5.13	2	1924	1938
Ictericia (sépsis de recién nacido)	11.1	1	1961	1961
Ictericia congénita del recién nacido	10.1	1	1960	1960
Ictericia de recién nacido	11.1	2	1959	1959
Ictericia grave	5.13	2	1911	1915
Ictericia obstructiva	5.13	1	1955	1955
Ictericia (sic) grave	5.13	2	1920	1922
Ictus apoplético (hemorragia cerebral-hipertensión arterial)	2.6	3	1956	1957
Ictus cerebral	2.6	3	1954	1959
Idiotismo	14.3	1	1911	1911
Íleo paralítico	5.10	2	1955	1961
Íleo paralítico (ictericia congestiva)	5.13	1	1959	1959
Íleo-mecanial	5.10	1	1961	1961
Íleo-parático (sic) (gastroenteritis)	5.7	1	1959	1959
Inanición (2) dos meses-edad avanzada	13.20	4	1951	1953
Inanición (deshidratación-diarreas-vómitos-gastro-enteritis (2) dos meses)	5.7	1	1952	1952
Inanición (T.B.C.)	1.30	1	1955	1955
Inanición mental	14.3	1	1954	1954
Inchazón (5) cinco meses	14.3	1	1951	1951
Incineración (accidente automovilístico)	13.13	1	1946	1946
Incompatibilidad R.H.	10.1	1	1961	1961
Indigestión	5.5	1	1926	1926
Inercia uterina y parto prolongado	11.3	1	1941	1941
Infarto cardíaco	3.3	5	1957	1960
Infarto de miocardio	3.3	27	1951	1961

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Infarto intestinal (trombosis mesentérica)	8.8	1	1956	1956
Infarto miocardio	3.3	5	1954	1961
Infección anemiótica (sic)	11.3	1	1961	1961
Infección asmiática (sic) debido a ruptura prematura de membrana	11.3	1	1961	1961
Infección de la boca, lengua y glándulas salivares	5.1	1	1942	1942
Infección durante el parto (sic) y el puerperio	7.4	2	1944	1949
Infección en la matriz	6.13	1	1952	1952
Infección erecopetatos (sic)	1.23	1	1931	1931
Infección gastro intestinal	5.7	2	1921	1921
Infección intestinal	5.7	99	1918	1937
Infección mitral	3.3	1	1925	1925
Infección neumónica	4.7	1	1930	1930
Infección neumonococcia (sic)	4.7	1	1930	1930
Infección no especificada (recién nacida)	11.1	1	1941	1941
Infección palustre	1.4	24	1922	1931
Infección por retención placentaria	7.4	1	1908	1908
Infección puerperal	7.4	14	1907	1943
Infección secundaria (septicemia-quemaduras de 2º grado de más de 70% de la superficie corporal)	13.13	1	1960	1960
Infección septicemia (sic)	1.23	1	1921	1921
Infección tífica	1.2	1	1924	1924
Infección venérea	1.39	1	1900	1900
Inflamación	1.59	3	1899	1901
Inflamación de los órganos genitales	6.5	1	1911	1911
Ingresó muerta al hospital. Los familiares niegan enfermedad anterior-Dicen que se acostó a las 5:30 PM del 17-8-61 y resolvieron traerla al hospital porque estaba pálida.	14.3	1	1961	1961
Inmersión	13.18	4	1950	1960
Inmersión accidental	13.18	1	1961	1961
Insolación	13.23	2	1961	1961
Insuficiencia (28 NN)	3.3	1	1935	1935
Insuficiencia aguda del corazón (bronconeumonía)	4.6	1	1958	1958
Insuficiencia aórtica	3.5	26	1906	1945
Insuficiencia aórtica (tipo Hogson)	3.5	2	1941	1942
Insuficiencia aórtica tipo Longhorn	3.5	1	1939	1939
Insuficiencia cardíaca	3.3	99	1915	1961
Insuficiencia cardíaca (1 año) (reumatismo articular agudo y después crónico (8) ocho días)	1.51	1	1951	1951
Insuficiencia cardíaca (16) diez y seis meses	3.5	1	1951	1951

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Insuficiencia cardíaca (absceso apendicular-asma bronquial)	5.21	83	1929	1961
Insuficiencia cardíaca (nefritis anémica del embarazo)	6.1	1	1942	1942
Insuficiencia cardíaca (otras formas de disentería no especificada)	1.16	1	1949	1949
Insuficiencia cardíaca aguda	3.3	15	1950	1961
Insuficiencia cardíaca aguda (toxicosis por uremia crónica ascendente e Irreversible-insuficiencia renal)	13.22	1	1961	1961
Insuficiencia cardíaca avanzada	3.3	1	1953	1953
Insuficiencia cardíaca con pulmonale crónico- (asma-bronquitis-enfisema pulmonar)	4.12	1	1960	1960
Insuficiencia cardíaca congestión (miocarditis crónica-enfermedad de Chagas-síndrome policarencias)	1.59	1	1951	1951
Insuficiencia cardíaca congestiva	3.3	26	1950	1961
Insuficiencia cardíaca congestiva global	3.3	3	1959	1961
Insuficiencia cardíaca descompensada	3.3	4	1954	1957
Insuficiencia cardíaca fatal	3.3	1	1961	1961
Insuficiencia cardíaca global	3.3	6	1949	1961
Insuficiencia cardíaca global irreductible	3.3	1	1953	1953
Insuficiencia cardíaca izquierda	3.3	2	1961	1961
Insuficiencia cardíaca no especificada (llegó en estado agónico-ortoneico (sic) una hora de ingresado murió)	3.3	1	1955	1955
Insuficiencia cardíaca orgánica	3.3	1	1957	1957
Insuficiencia cardíaca progresiva (con arritmia extrasistólica-miocarditis crónica-Chagas)	1.59	2	1961	1961
Insuficiencia cardíaca senil	3.3	1	1920	1920
Insuficiencia cardíaca y cirrosis hepática	3.3	1	1941	1941
Insuficiencia cardio respiratoria (insuficiencia cardíaca)	3.3	5	1951	1960
Insuficiencia cardiorenal	3.3	1	1956	1956
Insuficiencia cardio-renal (edo anasárquico (sic)) reiterada últimamente irreductible	3.3	1	1961	1961
Insuficiencia cardiorenal (uremia y edema agudo del pulmón-hipertensión arterial maligna y glomerulonefritis (sic) crónica)	6.3	1	1960	1960
Insuficiencia circulatoria (carditis crónica-enfermedad de Chagas)	1.59	1	1951	1951
Insuficiencia hepática aguda	5.17	1	1961	1961
Insuficiencia hepática aguda (etilismo)	1.60	1	1960	1960
Insuficiencia infección palustre	1.4	1	1926	1926
Insuficiencia mental	14.3	1	1920	1920
Insuficiencia mistral (sic)	3.3	1	1924	1924
Insuficiencia mitral	3.3	122	1905	1953

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Insuficiencia palustre	1.4	1	1922	1922
Insuficiencia por estrechez de la válvula	3.3	1	1905	1905
Insuficiencia renal nefritis	6.1	1	1926	1926
Insuficiencia respiratoria (bronquitis capilar)	4.4	1	1954	1954
Insuficiencia y estrechez de la válvula mitral	3.3	1	1905	1905
Interitis (sic)	5.7	1	1947	1947
Intervención quirúrgica a la que sobrevivió 6 horas	13.23	1	1951	1951
Intoxicación	14.3	2	1954	1956
Intoxicación alcohólica 24 Horas	13.22	1	1953	1953
Intoxicación alcohólica aguda	1.60	1	1951	1951
Intoxicación alcohólica aguda y alcoholismo crónico	1.60	1	1951	1951
Intoxicación alimenticia	13.22	1	1955	1955
Intoxicación atropínica-ingestión de Nongue (3 horas)	13.22	1	1959	1959
Intoxicación con fósforos	13.22	1	1957	1957
Intoxicación debido a la toxemia materna	13.22	1	1940	1940
Intoxicación general (uremia-eclampsia puerperal)	6.3	1	1950	1950
Intoxicación medicamento	13.22	1	1948	1948
Intoxicación por folíol	13.22	2	1959	1959
Intoxicación por fósforo (suicidio)	13.22	2	1960	1961
Intoxicación por ingestión de cloruro de 3 gramos de mercurio	13.22	1	1940	1940
Intoxicación por toxafeno (suicidio)	13.22	1	1961	1961
Intoxicación urémica (quemaduras)	6.3	1	1942	1942
Invaginación	5.10	1	1957	1957
Invaginación intestinal	5.10	5	1950	1960
Istericia (sic) grave progresiva (posible eritroblastosis)	10.1	1	1961	1961
Lampsias de la madre	10.1	1	1940	1940
Larifangitis (sic) infecciosa	4.2	1	1915	1915
Laringitis aguda	4.2	2	1920	1926
Laringitis estnovulosa (sic)	1.10	1	1908	1908
Laringitis estudirlosa (sic)	1.10	1	1912	1912
Laringitis tuberculosa	1.29	1	1907	1907
Laringitis tuberculosis	1.29	3	1906	1913
Laringitis ulcerosa	1.29	1	1907	1907
Larigo-traquitis aguda	4.2	1	1958	1958
Leciones (sic) durante el nacimiento	11.3	1	1947	1947
Leptisismo puerperal	14.2	1	1912	1912
Lesión orgánica	3.3	2	1929	1929
Lesiones de la médula espinal	2.2	1	1945	1945
Lesiones intracraneanas de origen vascular	2.6	1	1945	1945

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Leucemia (linfoide-enfermedad de Hodgkin-T.B.C.-ganglionar)	1.49	1	1961	1961
Leucemia aguda	1.49	2	1954	1961
Llegó muerto al hospital (dice la madre que tenía diarrea, vómito y fiebre-gastroenteritis)	5.7	1	1960	1960
Lombrices	5.9	10	1899	1918
Longevidad-escaras sacras	14.3	1	1959	1959
Lúes (sífilis)	1.39	1	1935	1935
Lúes congénita	10.1	2	1951	1958
Maceración en primer grado	11.3	1	1957	1957
Maceración súes (sic)	10.1	1	1957	1957
Macerado (henosífilis)	10.1	1	1953	1953
Machacamiento del bloque cráneo facial (accidente automovilístico)	13.12	1	1959	1959
Mal de Bright	6.2	25	1905	1928
Mal de Pott	1.33	2	1916	1934
Mal epiléptico	2.11	1	1954	1954
Mal formación congénita	10.1	1	1940	1940
Mal formaciones congénitas	10.1	2	1953	1953
Mal formaciones congénitas no especificada	10.1	1	1947	1947
Malaria	1.4	2	1940	1942
Marasmo	13.20	1	1954	1954
Mastoiditis	2.20	1	1943	1943
Mecarditis (sic) (infección puerperal)	7.4	1	1940	1940
Menengitis aguda	2.2	11	1905	1959
Menengitis simple	2.2	2	1912	1912
Menigitis supurada	2.2	1	1909	1909
Meningitis	2.2	35	1908	1961
Meningitis (gastroenteritis)	5.7	2	1957	1958
Meningitis (T.B.C.)	1.31	1	1957	1957
Meningitis aguda tuberculosa	1.31	1	1950	1950
Meningitis aguda-purulenta	2.2	1	1961	1961
Meningitis cerebral	2.2	3	1918	1944
Meningitis cerebro espinal	2.3	4	1916	1955
Meningitis cerebro espinal sub-aguda	2.3	1	1906	1906
Meningitis gripal	1.12	1	1919	1919
Meningitis meningococida (sic) (bronconeumonía)	4.6	1	1960	1960
Meningitis purulenta (bronquitis-amatiforme)	4.4	2	1961	1961
Meningitis purulenta veintiún días (otitis supurada media)	2.2	1	1952	1952
Meningitis salmonelosis	2.2	1	1951	1951
Meningitis simple	2.2	2	1914	1946

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Meningitis traumática	13.12	1	1913	1913
Meningitis tuberculos	1.31	1	1954	1954
Meningitis tuberculosa	1.31	6	1918	1958
Meningitis y gastroenteritis	2.2	1	1951	1951
Meningo encefalitis	2.1	10	1909	1960
Meningo encefalitis (bronconeumonía)	4.6	1	1959	1959
Meningo encefalitis difusa	2.1	1	1912	1912
Meningo encefalitis tífus	2.1	1	1956	1956
Meningo-encefalitis crónica	2.1	1	1918	1918
Meocarditis (sic)	3.3	2	1918	1925
Metástasis renales (cáncer uterino)	1.46	1	1961	1961
Metritis crónica	6.6	2	1911	1914
Metritis infecciosa	6.6	1	1905	1905
Metritis puerperal	7.3	1	1908	1908
Metronaga (metrorragia)	6.6	1	1911	1911
Metrorragia	6.6	1	1915	1915
Metrorragia fulminante	6.6	1	1909	1909
Metro-salpingo ovaritis crónica	6.6	1	1906	1906
Mielitis (sic) post-vacunal-mordida por perro y vacunado	2.5	1	1958	1958
Mielitis	2.5	2	1920	1943
Mielitis ascendente	2.5	2	1907	1912
Mielitis con parálisis ascendente	2.5	1	1952	1952
Mielitis crónica	2.5	3	1912	1919
Mielitis infecciosa	2.5	1	1909	1909
Mielitis transversa	2.5	1	1913	1913
Mifoma quístico	14.2	1	1907	1907
Miocardio	3.3	1	1947	1947
Miocarditis	3.3	24	1912	1959
Miocarditis (Chagas)	1.59	4	1953	1958
Miocarditis aguda	3.3	9	1907	1947
Miocarditis Chagásica (insuficiencia cardíaca)	3.3	1	1959	1959
Miocarditis crónica	3.3	20	1906	1957
Miocarditis crónica (Chagásica) con insuficiencia cardíaca irreducible	1.59	1	1949	1949
Miocarditis crónica especificada como reumática	1.51	1	1941	1941
Miocarditis crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, edema agudo del pulmón	3.3	1	1949	1949
Miocarditis e insuficiencia cardíaca	3.3	1	1954	1954
Miocarditis infecciosa	3.3	3	1909	1912
Miocarditis no especificada como aguda o crónica	3.3	2	1941	1949
Miocarditis por enfermedad de Chagas	1.59	1	1940	1940
Miocarditis reumática aguda	1.51	1	1941	1941
Miocarditis senil	3.3	1	1918	1918
Mocezuelo	2.13	12	1899	1935

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Mocezuelo o tétano	2.13	1	1934	1934
Mongoloide (tos-fiebre-neumonía)	4.7	1	1961	1961
Mortalidad fetal debida a causas no especificadas	11.4	1	1942	1942
Mortinabilidad (muerte del feto por procedencia del cordón)	11.3	1	1941	1941
Mortinabilidad por sífilis materna	10.1	1	1950	1950
Mortinato	11.4	93	1951	1961
Mosesuelo (sic)	2.13	11	1893	1923
Muerte accidentalmente (fractura, la cual fue ocasionada por haberle caído la rama de un árbol cuando estaba cortándola)	13.12	1	1951	1951
Muerte accidental (accidente automovilístico)	13.12	1	1948	1948
Muerte accidental (quemaduras generalizadas de (2ndo) segundo y (3er) tercer grado de temperatura)	13.13	1	1952	1952
Muerte del feto (presentación anormal)	11.3	1	1951	1951
Muerte fetal	11.1	78	1951	1960
Muerte instantánea (trabajo excesivo-parto gemelar)	11.3	1	1941	1941
Muerte intra-uterina	11.4	1	1958	1958
Muerte intraútero	11.4	1	1958	1958
Muerte por accidente automovilístico	13.12	1	1945	1945
Muerte por asfixia	11.3	1	1952	1952
Muerte por inmerción (sic) (caída en un barril de agua en su domicilio)	13.18	1	1959	1959
Muerte por sumersión (sic) (ahogado)	13.18	1	1959	1959
Muerte prematura	11.1	2	1953	1953
Muerte repentina	14.2	12	1915	1961
Muerte repentina (insuficiencia cardíaca-embarazo)	14.2	1	1953	1953
Muerte repentina por hemoptisis	1.30	1	1938	1938
Muerte súbita	14.2	45	1920	1960
Muerte súbita ((no accidental)-insuficiencia cardíaca aguda)	3.3	1	1954	1954
Muerte súbita (alcoholismo crónico)	1.60	3	1945	1957
Muerte súbita (angor pectórico)	3.4	1	1954	1954
Muerte súbita (hemorragia cerebral)	2.6	1	1953	1953
Muerte súbita (picadura de avispa -posible accidente anafiláctico)	13.23	1	1954	1954
Muerte súbita por infarto del miocardio	3.3	2	1956	1956
Muerte súbita-(insuficiencia cardíaca)	3.3	1	1955	1955
Muerte súbita, probable cardiopatía	3.3	1	1956	1956
Muerte violenta (homicidio efectuado con instrumento cortante-separación de la cabeza del resto del cuerpo)	13.12	1	1939	1939
Muerte violenta por caída	13.12	1	1930	1930
Muerte violenta por submersión	13.18	1	1930	1930
Muerte yutrauterina (sic) (mortinato-vaciga (transversa))	11.3	1	1961	1961
Muguet	5.1	1	1911	1911

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Múltiples heridas por arma de fuego (hemitórax izquierdo-homicidio)	13.23	1	1961	1961
Murió a consecuencia de herida por arma de fuego.	13.23	1	1955	1955
Murió a consecuencia de no haberse cerrado el agujero de Botal	10.1	1	1905	1905
Murió ahogado	13.18	2	1901	1906
Murió al nacer	11.3	1	1930	1930
Murió de aborto	7.3	1	1899	1899
Murió de angina membranosa	1.10	2	1906	1906
Murió de nueve heridas	13.23	1	1893	1893
Murió de parto	7.3	2	1899	1901
Murió de pujos	5.11	5	1901	1901
Murió de repente	14.2	1	1899	1899
Murió de ruptura del hígado por contusión	13.12	1	1905	1905
Murió de una caída	13.12	1	1919	1919
Murió de una contusión	13.12	1	1905	1905
Murió de una herida producida por arma de fuego de 9 milímetros	13.23	1	1907	1907
Murió de una quemadura	13.13	1	1905	1905
Murió de una tembladera	14.3	1	1908	1908
Murió de una úlcera gangrenada	8.1	1	1905	1905
Murió en una fiesta fuera del trabajo (síncope cardíaco)	3.3	1	1952	1952
Murió por asfixia	13.18	1	1906	1906
Murió por no ser viable y de tétano infantil	10.1	1	1905	1905
Murió repentinamente	14.2	3	1899	1908
Murió súbitamente-causa mal definida	14.2	7	1941	1943
Mutastitis (sic) múltiples (cáncer de la mama)	1.47	1	1945	1945
Nacida muerta (causas desconocidas)	11.4	17	1951	1960
Nacido muerto	11.4	32	1950	1961
Nacido muerto a término	11.3	1	1951	1951
Nacido prematuro	11.1	2	1953	1954
Nacimiento prematuro	11.1	47	1925	1960
Nacimiento retardado	11.1	1	1930	1930
Nació muerta	11.4	4	1957	1957
Nefritis	6.1	19	1908	1958
Nefritis aguda	6.1	21	1905	1955
Nefritis aguda palúdica	1.5	1	1912	1912
Nefritis crónica	6.1	31	1912	1949
Nefritis intestinal	6.1	1	1916	1916
Nefritis palúdica	1.5	3	1906	1930
Nefroesclerosis	6.1	5	1955	1960
Nefrosis	6.6	3	1955	1960
Nefrosis crónica	6.6	1	1953	1953
Neo de estómago	1.44	2	1953	1958
Neo de páncreas	1.44	1	1959	1959

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Neo del estómago	1.44	1	1952	1952
Neo del recto	1.45	1	1958	1958
Neo del seno	1.47	1	1959	1959
Neo hepático	1.44	1	1958	1958
Neo lingual y palatino	1.43	1	1959	1959
Neo uterino	1.46	2	1958	1958
Neo-digestivo (estómago)	1.44	1	1959	1959
Neo-epilepsia pierna	14.3	1	1960	1960
Neo-gástrico	1.44	1	1959	1959
Neo-nodular hepático	1.44	1	1958	1958
Neo-placia (sic) estómago (3 días)	1.44	1	1959	1959
Neoplasma de estómago	1.44	1	1938	1938
Neoplasma del hígado	1.44	1	1960	1960
Neoplasma del seno	1.47	1	1938	1938
Neoplasma maligno del encéfalo	1.49	1	1938	1938
Neuma-pleuresía	4.7	1	1906	1906
Neumococcica (sic)	4.7	1	1940	1940
Neumonía	4.7	43	1905	1958
Neumonia aguda	4.7	47	1905	1916
Neumonía aguda forma tuberculosa	1.37	1	1907	1907
Neumonía aguda izquierda	4.7	1	1906	1906
Neumonía aguda lumbar	4.7	1	1913	1913
Neumonía bacilar	4.7	2	1906	1920
Neumonía biliosa	4.7	1	1912	1912
Neumonía catarral	4.7	1	1911	1911
Neumonía con pleuresía	4.7	1	1956	1956
Neumonía de origen tuberculoso	1.37	1	1905	1905
Neumonía derecha	4.7	2	1905	1905
Neumonía doble	4.7	4	1905	1923
Neumonía doble sub-aguda	4.7	1	1905	1905
Neumonía grippal	1.29	1	1921	1921
Neumonía hipostática	4.7	2	1955	1957
Neumonía hipostática (fractura cuello-pierna derecha)	13.10	1	1959	1959
Neumonía lobular	4.7	12	1941	1949
Neumonía por aspiración (anestecia (sic) por éter durante intervención por invaginación intestinal)	13.23	1	1961	1961
Neumonía sub-aguda	4.7	1	1905	1905
Neumonía total derecha	4.7	1	1958	1958
Neurosis	2.18	1	1912	1912
Noma	5.1	1	1907	1907
Obstrucción esogáfica (sic)	14.2	1	1915	1915
Obstrucción intestinal	5.10	17	1907	1950
Obstrucción nasal por insuficiencia respiratoria	4.13	1	1941	1941
Obstrucción intestinal por hernia umbilical	5.10	1	1940	1940

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Oclusión intestinal	5.10	14	1905	1961
Oclusión intestinal aguda	5.10	2	1927	1929
Oído	2.20	1	1948	1948
Onfalocele (sic) grande	10.1	1	1959	1959
Osteomielitis	2.5	1	1946	1946
Osteosarcoma del lumero (sic)	1.50	1	1954	1954
Osteosarcoma maxilo facial	1.50	1	1959	1959
Ostes (sic) sarcoma del muslo	1.49	1	1911	1911
Ostiomielitis (sic) y paracistitis (sic) crónica	2.5	1	1945	1945
Oto-meningo encefalitis	2.1	1	1911	1911
Otras enfermedades del corazón	3.3	2	1944	1949
Otras enfermedades del hígado	5.17	2	1944	1947
Otras formas de paludismo	1.4	1	1944	1944
Otras formas de sífilis	1.39	1	1944	1944
Oxiceros	5.9	2	1911	1911
Padecimiento de la madre de caquexia palúdica	1.5	1	1940	1940
Paludismo	1.4	428	1905	1950
Paludismo agudo	1.4	235	1909	1945
Paludismo anemia aguda	1.4	1	1941	1941
Paludismo coleriforme	1.4	1	1921	1921
Paludismo crónico	1.4	113	1905	1941
Paludismo forma perniciosa	1.4	1	1938	1938
Paludismo pernicioso	1.4	32	1908	1947
Pancreatitis aguda	5.1	1	1960	1960
Pancreatitis hemorrágica	5.1	1	1942	1942
Paralís cardíaca	3.3	1	1954	1954
Parálisis	2.9	8	1901	1957
Parálisis centro respiratoria (epilepsia)	2.11	1	1955	1955
Parálisis congénita	10.1	1	1953	1953
Parálisis de origen medular	2.5	1	1908	1908
Paralís espinal	2.5	2	1908	1912
Parálisis etílica	1.60	1	1913	1913
Paralís general	2.9	4	1907	1915
Parálisis general progresiva	2.9	1	1912	1912
Parálisis infantil	2.9	2	1908	1911
Paralís intestinal	5.19	2	1932	1935
Parálisis respiratoria (tétano infantil)	2.14	3	1955	1958
Paraplegia (sic)	2.12	1	1907	1907
Parásitos intestinales	5.9	1	1928	1928
Parasitosis	5.9	1	1955	1955
Parasitosis aguda	5.9	1	1959	1959
Parasitosis intestinal	5.9	3	1938	1960
Paratífica	1.1	1	1961	1961
Paratifo (infección intestinal)	1.1	4	1937	1937

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Paro cardíaco (infestación miembro inferior derecho-diabetes)	1.54	1	1959	1959
Paro cardíaco (laparotomía exploradora-herida por arma de fuego)	13.23	1	1958	1958
Paro cardíaco (miocarditis)	3.3	2	1959	1960
Paro respiratorio (anestesia general)	13.23	1	1958	1958
Parto de siete meses (gemelar)	11.1	1	1955	1955
Parto distóciso (sic) (intervención quirúrgica para extraer feto-constitución anémica)	11.3	3	1956	1961
Parto pre-fallo	11.3	1	1948	1948
Parto prematuro	11.1	6	1950	1959
Parto prematuro (infección puerperal)	11.1	1	1937	1937
Parto prolongado	11.3	9	1952	1961
Pasmo	2.13	3	1899	1901
Pasmo en la sangre	2.13	1	1908	1908
Pelagra	1.28	3	1944	1951
Penumonía aguda	4.7	1	1914	1914
Pericarditis crónica	3.1	1	1915	1915
Peritonitis	5.19	9	1905	1959
Peritonitis (absceso pelviano-embarazo ectópico roto)	8.3	13	1942	1961
Peritonitis aguda	5.19	10	1905	1959
Peritonitis enquistada	5.19	1	1907	1907
Peritonitis generalizada	5.19	4	1909	1958
Peritonitis hiperséptica (apendicitis aguda)	5.21	1	1954	1954
Peritonitis por ascaries (sic) (2 días)	5.9	1	1959	1959
Peritonitis puerperal	5.19	1	1939	1939
Peritonitis puriente (sic) (apendicitis aguda)	5.21	1	1954	1954
Peritonitis sub-guda (sic)	5.19	1	1905	1905
Peritonitis tuberculosa	1.32	2	1907	1957
Persistencia del agujero dibolat (sic)	10.1	1	1912	1912
Picadura de serpiente venenosa (coral)	13.22	1	1960	1960
Piodermitis extensa	8.8	1	1942	1942
Placenta previa	11.3	4	1943	1952
Pleurecía (sic)	4.8	9	1899	1957
Pleuresía aguda	4.8	1	1909	1909
Pleuresía purulenta	4.8	3	1908	1918
Pleuresía purulenta empina	4.8	1	1945	1945
Pleuresía supurada	4.8	1	1909	1909
Pleuro neumonía	4.7	2	1917	1919
Pleuro-neumonía gripal	1.12	1	1916	1916
Pneumonia	4.7	42	1907	1945
Pneumonia aguda	4.7	61	1907	1923
Pneumonía aguda doble	4.7	1	1914	1914
Pneumonía doble	4.7	4	1914	1915
Pneumonía lobular	4.7	1	1942	1942

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Pneumonía T.B.C.P.	1.37	1	1941	1941
Pneumonia tuberculosa	1.37	1	1916	1916
Policarencia, nefosis (sic)	6.6	1	1949	1949
Polifracturas (cráneo-fémur. d. tibia (sic) d.)	13.10	2	1959	1961
Poliomielitis	2.5	2	1922	1959
Por una herida con arma de fuego	13.23	1	1908	1908
Porlitis (sic) reumática crónica	9.2	1	1941	1941
Posible cirrosis hepática	5.15	1	1961	1961
Posible infarto del miocardio	3.3	3	1961	1961
Posible insuficiencia cardíaca	3.3	1	1961	1961
Posible neumonía y diarrea	4.7	1	1961	1961
Posible síncope cardíaco	3.3	3	1959	1961
Prematura (atelectasia-bronconeumonía)	11.1	1	1958	1958
Prematures (sic)	11.1	20	1953	1960
Prematuridad	11.1	30	1954	1961
Prematuro	11.1	16	1941	1961
Presentación anormal	11.3	5	1951	1952
Presentación anormal del feto	11.3	4	1951	1952
Presentación de hombro (procedencia del cordón)	11.3	1	1961	1961
Presentación de hombros (embritoma raquídea)	11.3	3	1940	1958
Presentación de hombros con procedencia del cordón	11.3	1	1940	1940
Presentación podálica (distocia de cabeza última-asfixia intra-uterina)	11.3	1	1958	1958
Presentación podálica sin evolución 2 días (feto macerado)	11.3	1	1941	1941
Presentación transversa (sufrimiento prematuro)	11.1	1	1957	1957
Presentación viciosa y procedencia del cordón	11.3	1	1939	1939
Probable absceso (sic) cerebral (traumatismo craneal por caída brusca de sus pies)	2.18	1	1954	1954
Probable bronconeumonía	4.6	1	1958	1958
Probable eclampsia (sic) (ataques y convulsiones después del parto)	11.3	1	1955	1955
Probable estenosis pilórica	5.10	1	1941	1941
Probable insuficiencia cardíaca	3.3	1	1954	1954
Probable muerte por inmersión	13.18	1	1958	1958
Probable obstrucción intestinal	5.10	1	1956	1956
Probable T.B.C.	1.30	1	1955	1955
Procedencia cordón (presentación de hombros)	11.3	1	1960	1960
Procedencia del cordón	11.3	4	1950	1958
Procedencia del cordón umbilical	11.3	1	1949	1949
Procedencia irreductible del cordón	11.3	1	1958	1958
Proceso meningoencefálico (supregnación tóxica por tenias parasitarias)	5.9	1	1961	1961
Prostatitis crónica	6.3	3	1905	1913
Pulmonia	4.7	376	1893	1935

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Pulmonía asténica	4.7	2	1906	1909
Pulmonia aguda	4.7	149	1905	1923
Pulmonía aguda bilateral	4.7	1	1915	1915
Pulmonía crónica	4.7	2	1908	1908
Pulmonía diseminada	4.7	1	1907	1907
Pulmonía doble	4.7	4	1905	1909
Pulmonía doble aguda	4.7	1	1914	1914
Pulmonía doble infecciosa	4.7	1	1923	1923
Pulmonía franca	4.7	1	1909	1909
Pulmonia gripal	1.12	10	1907	1920
Pulmonía lobar (sic)	4.7	1	1913	1913
Pulmonía morbilosa (sic)	1.7	1	1915	1915
Pulmonía sub-aguda	4.7	1	1905	1905
Purmonia (sic) aguda	4.7	1	1915	1915
Púrpura hemorrágica	3.9	2	1920	1940
Quasi-infección aguda alimenticia	13.22	1	1949	1949
Quemadura de 5º grado	13.13	1	1908	1908
Quemaduras	13.13	1	1918	1918
Quemaduras 1ro y 2ndo grado 60% (16) diez y seis días-accidentalmente, ocurriendo fuera del trabajo sin tener conocimiento este despacho, ni el médico, cómo ocurrió.	13.13	1	1952	1952
Quemaduras accidentales	13.13	1	1945	1945
Quemaduras de 1er grado	13.13	3	1950	1953
Quemaduras de 1ro, 2ndo y 3er grado en un 70% del área corporal	13.13	1	1960	1960
Quemaduras de 3er grado	13.13	2	1913	1959
Quemaduras de 3er grado (infestado 46% superficie corporal)	13.13	5	1912	1960
Quemaduras de 3er grado 6% superficie corporal	13.13	1	1958	1958
Quemaduras de 3er grado generalizada en toda la superficie corporal	13.13	1	1957	1957
Quemaduras de 3er grado generalizadas a todo el cuerpo	13.13	1	1959	1959
Quemaduras de segundo grado	13.13	1	1961	1961
Quemaduras de tercer grado generalizadas	13.13	1	1954	1954
Quemaduras extensas del cuerpo de 50 grados	13.13	1	1913	1913
Quemaduras exterior (60% de 2nd grado)	13.13	1	1961	1961
Quemaduras generalizadas	13.13	2	1953	1955
Raquitismo	9.1	2	1912	1943
Reacción meningocefálica (hipertermia irreversible-gastroenteritis grave)	5.7	1	1960	1960
Reblandecimiento cerebral	2.7	6	1949	1957
Reblandecimiento del cerebro	2.7	1	1941	1941

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Rectitis crónica	14.3	1	1905	1905
Reducción aguda de la orina	6.6	1	1946	1946
Renco flegmasia	1.59	1	1915	1915
Repentinamente	14.2	1	1924	1924
Retención (presenta fiebre puerperal)	7.4	1	1939	1939
Retención placentaria	11.3	1	1940	1940
Retención urinaria	6.6	2	1920	1921
Reumatismo	1.51	6	1899	1935
Reumatismo agudo	1.51	1	1928	1928
Reumatismo articular	1.51	1	1912	1912
Reumatismo articular agudo	1.51	2	1905	1952
Reumatismo crónico	1.51	8	1914	1954
Reumatismo pobarticular (sic)	1.51	1	1911	1911
Ruptura de la arteria pulmonar provocada por herida de arma blanca.	13.23	1	1925	1925
Ruptura de la matriz	7.3	1	1911	1911
Ruptura de la matriz (cesaria hace un año)	11.3	1	1951	1951
Ruptura de órganos internos (traumatismos por caída)	13.12	1	1930	1930
Ruptura del pulmón (contusión y fractura costilla 4-5-6-hemitórax Izquierdo-contusiones generalizadas)	13.10	2	1957	1957
Ruptura espontánea del cordón	11.3	1	1942	1942
Ruptura hepática	14.3	1	1959	1959
Ruptura precoz con infección amniótica (sic)	11.3	1	1953	1953
Ruptura uterina	11.3	1	1961	1961
Ruptura uterina (parto prolongado-presentación hombro)	7.1	1	1960	1960
Sacárides (sic) lumbricoide	5.9	2	1908	1909
Salmonelosis (16) diez y seis días	1.59	2	1952	1959
Sarampión	1.7	33	1899	1955
Sarcoma del húmero izquierdo	1.49	1	1940	1940
Schock (intervención obstétrica-forceps trabajo prolongado tres días fuera del hospital).	11.3	1	1951	1951
Schock (intervención química-peritonitis)	13.23	1	1950	1950
Schock anestésico	13.23	1	1955	1955
Schock hemorrágico	13.12	1	1956	1956
Schock obstétrico tardío (10) diez minutos	11.3	1	1951	1951
Schock operatorio	13.23	1	1951	1951
Schock quirúrgico e intervención (obstrucción intestinal-administración de purgante)	13.23	1	1952	1952
Schock traumático (fractura de cráneo-accidente automovilístico)	13.10	1	1960	1960
Schock vaciamiento abdominal (parto)	11.3	1	1951	1951
Senectud	14.3	5	1906	1958
Senelidad (sic) (insuficiencia cardíaca)	3.3	3	1949	1959
Senelidad (sic)	14.3	57	1920	1960

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Senilidad	14.3	5	1933	1934
Senilidad (hemotitis (sic)-tuberculosis pulmonar)	1.30	1	1949	1949
Senilidad (postración-tos-fiebre elevada-bronconeumonía hipostática)	4.6	1	1961	1961
Senilidad con demencia	2.18	1	1960	1960
Senilidad y cáncer de la próstata	1.50	1	1944	1944
Senilitud	14.3	1	1940	1940
Sensibilidad	14.3	1	1935	1935
Sépsis del recién nacido	11.1	1	1961	1961
Sépsis general (trauma pélvico femoral)	1.23	1	1952	1952
Septicemia	1.23	10	1927	1951
Septicemia aguda	1.23	1	1909	1909
Septicemia artritis purulenta	1.23	1	1940	1940
Septicemia estreptocócica	1.23	1	1925	1925
Septicemia puerperal (sic)	7.4	2	1938	1938
Septicemia puerperal	7.4	13	1905	1938
Septicemia (sic) aguda	1.23	1	1920	1920
Septicemia (sic) puerperal	1.23	2	1924	1925
Serrosis (sic) hepática	5.15	1	1941	1941
Shoc (infarto miocardio)	3.3	1	1961	1961
Shock anestésico	13.23	1	1953	1953
Shock colapso (ruptura uterina por maniobras a domicilio-feto con dos cabezas)	11.3	1	1953	1953
Shock obstétrico (aphorencia de forceps)	11.3	3	1951	1953
Shock partoperatorio (sic) (cura de ostiomielitis)	11.3	1	1958	1958
Shock post-operatorio (apurado por abceso (sic) hepático)	13.23	1	1959	1959
Shock traumático (polifracturas)	13.10	1	1960	1960
Shok obstétrico	11.3	1	1954	1954
Sícope (sic) cardíaco	3.3	1	1948	1948
Sífilis	1.39	31	1907	1938
Sífilis cerebral	1.39	1	1923	1923
Sífilis congénita	10.1	3	1905	1950
Sífilis de la madre	10.1	3	1941	1941
Sífilis del aparato circulatorio	1.39	1	1941	1941
Sífilis generalizada	1.39	1	1905	1905
Sífilis hereditaria	10.1	2	1914	1919
Sífilis laríngea y pulmonar	1.39.1	1	1912	1912
Sífilis materna	10.1	2	1940	1950
Sífilis terciaria	1.39	2	1909	1913
Sin asistencia médica (insuficiencia cardíaca)	3.3	1	1960	1960
Síncope (embolia)	3.10	1	1956	1956
Síncope cardiaco	3.3	57	1916	1960
Síncope cardiovascular (peritonitis)	5.19	1	1955	1955
Síncope cerebral	2.6	1	1913	1913

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Síncope hepático	5.17	1	1947	1947
Síndrome cardiorenal (reumatismo)	1.51	1	1953	1953
Síndrome de deshidratación aguda (destrofia (sic)-debilidad congénita)	13.20	1	1949	1949
Síndrome desintería (sic) bacilar	1.16	1	1959	1959
Síndrome disentería	1.16	1	1940	1940
Síndrome disentérico (amibiano)	1.16	1	1942	1942
Síndrome febril con deshidratación aguda	1.59	1	1949	1949
Síndrome febril mal definido (artritis crónico (sic)-T.B.C.)	1.59	1	1957	1957
Síndrome hipertensión endocraneana (seudo tumoral-cefalia intensa-vértigo-vómito cerebral-bradicardia-anaurosis (sic)-posible hematoma subdural crónico-araconoiditis (sic) hemorrágico-contusión ademoquimótica región temporal el 05-07-60)	13.12	1	1960	1960
Síndrome meníngeo	2.2	1	1952	1952
Síndrome meningo-encefálico de etiología no conocida	2.1	1	1961	1961
Síndrome meningo-encefálico de etiología no definida	2.1	1	1961	1961
Síndrome obstrucción pilórica (inedia-caquexia)	5.5	2	1957	1957
Síndrome oclusión intestinal (vólvulos intestinal (sic))	5.10	1	1959	1959
Síndrome oclusivo (intestinal)-metástasis (carcinomatosis-cáncer del útero)	1.46	1	1958	1958
Síndrome policarencial infantil (desnutrición marcada)	1.59	1	1959	1959
Síndrome pseudo oclusivo (neplasis intestinal)	1.45	1	1961	1961
Síndrome-disentería agudo	1.16	1	1961	1961
Sinfosarcoma (sic) (un año)	1.49	1	1959	1959
Siriosis (sic) atrófica	5.15	1	1916	1916
Sirrosis (sic) hepática	5.15	2	1905	1920
Sistitis (sic) crónica	6.6	1	1948	1948
Status asmático (bronquitis aguda-insuficiencia cardíaca)	4.4	1	1958	1958
Status-asmatismo-asma bronquial (veinte días)	4.11	1	1959	1959
Súbita congestión cerebral	2.6	1	1906	1906
Submersión (sic)	13.18	2	1922	1929
Sufrimiento durante el trabajo del parto	11.3	1	1956	1956
Sufrimiento fetal (traumatismo)	11.3	1	1958	1958
Suicidio	13.23	1	1954	1954
Suicidio (quemaduras de 1er y 2do grados, gasolina)	13.13	1	1953	1953
Suicidio por ahorcadura	13.23	5	1930	1955
Suicidio por arma de fuego	13.23	1	1940	1940
Suicidio por instrumento de fuerza cortante	13.23	1	1948	1948
Sumerción (sic)	13.18	5	1939	1947
T.B pulmonar	1.30	1	1952	1952
T.B. pulmonar (2) dos años- (radioscopia pulmonar-examen de esputos positiva)	1.30	1	1952	1952
T.B.C	1.37	7	1944	1961

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
T.B.C pulmonar bilateral	1.30	2	1959	1961
T.B.C. de la articulación rodilla	1.36	1	1939	1939
T.B.C. intestinal	1.32	2	1946	1947
T.B.C. miliar generalizada	1.37	1	1940	1940
T.B.C. pulmonar	1.30	11	1946	1960
T.B.C. renal	1.37	1	1958	1958
T.B.C.P	1.30	35	1938	1961
T.B.C.P bilateral	1.30	1	1954	1954
T.B.C.P laríngea	1.30	1	1953	1953
T.B.C.P. y laríngea	1.30	1	1950	1950
T.B.C.P.B.	1.30	1	1954	1954
T.B.P	1.30	1	1953	1953
Tabes dorsal	1.33	1	1920	1920
Tétano	2.14	66	1899	1961
Tétano afrecare (sic)	2.14	1	1908	1908
Tétano agudo	2.14	4	1905	1905
Tétano agudo infantil	2.14	1	1906	1906
Tétano facial	2.14	1	1940	1940
Tétano infantil	2.14	58	1905	1961
Tétano neumático	2.14	1	1908	1908
Tétano puerperal	7.4	1	1919	1919
Tétano quirúrgico	2.14	1	1960	1960
Tétano sub-agudo	2.14	2	1906	1928
Tétanos	2.14	19	1928	1959
Tétanos (mocezuelos)	2.14	1	1929	1929
Tétanos abdominal infantil	2.14	1	1959	1959
Tétanos de recién nacido	2.14	2	1954	1954
Tétanos expontáneo	2.14	1	1899	1899
Tétanos infantil	2.14	45	1907	1960
Tétanos traumático	2.14	2	1907	1920
Tifobacilar	1.1	4	1927	1933
Tifus	1.2	1	1938	1938
Tifus cerebral	1.2	1	1957	1957
Tifus exantemático	1.2	2	1914	1948
Tifus isteroides (sic)	1.2	1	1915	1915
Tifus malaria	1.2	1	1931	1933
Tifus zeteroide (sic)	1.2	1	1908	1908
Tiricia	14.2	1	1913	1913
Tisis	1.30	53	1893	1901
Tisis intestinal	1.32	1	1909	1909
Tisis laríngea	1.29	1	1913	1913
Tisis pulmonar	1.30	9	1901	1908
Torción intestinal	5.19	1	1914	1914
Tos (fiebre-gripe)	1.12	1	1955	1955

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Tos (fiebre-pectoración hemoptoica-bronconeumonía)	4.6	2	1955	1961
Tos ferina	1.9	32	1901	1957
Tosicosis (sic)	13.22	1	1955	1955
Toxemia (10) diez días (eclampsia puerperal (25) veinticinco días)	1.59	6	1951	1952
Toxemia (parasitosis intestinal)	5.9	1	1953	1953
Toxemia del embarazo	1.59	2	1943	1945
Toxicos gastro-enteritis	13.22	5	1953	1953
Toxicosis	13.22	95	1950	1961
Tozferina (sic)	1.9	1	1901	1901
Trabajo prolongado (asfixia)	11.3	1	1952	1952
Traquia bronquitis aguda (gripe)	1.12	1	1958	1958
Trastornado	2.18	1	1951	1951
Trauma (múltiple fracturas-accidente de tránsito)	13.12	1	1959	1959
Trauma abdominal por caída	11.3	1	1961	1961
Trauma craneal	13.12	1	1946	1946
Traumatismo	13.12	4	1920	1961
Traumatismo abdominal por instrumento cortante y punzante	13.12	1	1937	1937
Traumatismo abdomino-vesical	13.12	1	1931	1931
Traumatismo abierto de cara y cráneo	13.12	1	1958	1958
Traumatismo accidental por arma de fuego	13.23	2	1944	1949
Traumatismo al nacer (versión interna laboriosa)	11.3	1	1952	1952
Traumatismo del vientre debido a una cornada de una vaca	13.12	1	1906	1906
Traumatismo en la región craneana producida por un caballo	13.12	1	1907	1907
Traumatismo generalizado (concusión cerebral fractura columna, lo cual ocurrió accidentalmente por caída de un caballo).	13.12	1	1952	1952
Traumatismo generalizados (fractura del cráneo-fuerte compresión torácica con hundimiento región precordial y fractura del 4º, 5º y 6º, accidente automovilístico por embriaguez del conductor)	13.10	1	1954	1954
Traumatismo materno accidental (caída)	11.3	1	1961	1961
Traumatismo por caída	13.12	1	1939	1939
Traumatismo precordial con hundimiento del esternón y costillas y presenta huellas en el sitio de la lesión inferidas por casco del animal (que le cayó una burra encima)	13.12	1	1953	1953
Traumatismo producido por derrumbe	13.12	1	1944	1944
Traumatismo violento de región torácica	13.12	1	1924	1924
Trombosis cardíaca	3.6	1	1907	1907
Trombosis cerebral (arterioesclerosis)	3.5	3	1906	1960
Trombosis coronaria	3.3	2	1956	1960

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Trombosis mesentérica 3 días	3.6	1	1951	1951
Tubérculo	1.37	1	1939	1939
Tuberculosis	1.37	59	1905	1954
Tuberculosis aguda	1.37	2	1907	1940
Tuberculosis bilateral	1.37	1	1952	1952
Tuberculosis congénita	10.1	3	1906	1906
Tuberculosis crónica	1.32	1	1905	1905
Tuberculosis de la columna vertebral	1.33	1	1946	1946
Tuberculosis de la laringe	1.29	1	1906	1906
Tuberculosis de las rodillas	1.36	1	1935	1935
Tuberculosis de los órganos respiratorios (pulmonar)	1.37	1	1942	1942
Tuberculosis de los pulmones	1.30	3	1928	1934
Tuberculosis del aparato respiratorio	1.30	37	1943	1950
Tuberculosis del árbol respiratorio	1.37	1	1942	1942
Tuberculosis gangliar	1.37	1	1909	1909
Tuberculosis generalizada	1.37	9	1906	1954
Tuberculosis infantil	1.37	1	1911	1911
Tuberculosis intestinal	1.32	13	1905	1949
Tuberculosis laríngea	1.29	8	1906	1930
Tuberculosis laringo- pulmonar	1.29	1	1916	1916
Tuberculosis pulmonar	1.30	898	1905	1961
Tuberculosis pulmonar (bilateral)	1.30	1	1954	1954
Tuberculosis pulmonar aguda	1.30	1	1905	1905
Tuberculosis pulmonar avanzada	1.30	1	1957	1957
Tuberculosis pulmonar bilateral	1.30	6	1945	1955
Tuberculosis pulmonar crónica	1.30	1	1906	1906
Tuberculosis pulmonar e intestinal	1.30	1	1952	1952
Tuberculosis pulmonar libiteral (sic)	1.30	1	1947	1947
Tuberculosis renal	1.37	1	1925	1925
Tuberculosis sin especificar el sitio	1.37	1	1941	1941
Tuberculosis vertebral	1.33	1	1950	1950
Tumor canceroso del útero	1.46	1	1935	1935
Tumor cerebral	1.50	3	1942	1959
Tumor de Willem	1.50	1	1959	1959
Tumor del cerebro	1.50	1	1955	1955
Tumor en la matriz	1.46	1	1921	1921
Tumor maligno	1.50	1	1915	1915
Tumor maligno (cáncer uterino)	1.47	1	1952	1952
Tumor prostático	1.50	1	1939	1939
Tumoración abdominal (obstrucción intestinal-peritonitis)	1.50	1	1953	1953
Tumores	1.50	1	1948	1948
Úlcera	8.8	2	1909	1919
Úlcera cancerosa	1.50	1	1937	1937
Úlcera de leforine (sic)	8.8	1	1909	1909

Expresión diagnóstica	Código C.I.E.-1900	Nº de veces expresión utilizada	Primer año	Último año
Úlcera del estómago	5.11	1	1911	1911
Úlcera en un pecho (enflaquecimiento)	8.8	1	1954	1954
Úlcera fagedémica	1.58	1	1937	1937
Úlcera gástrica (gastroduodenitis crónico-alcoholismo crónico)	5.11	1	1955	1955
Úlcera reclusa en el estómago	5.11	1	1923	1923
Úlcera tropical (desnutrición)	1.58	1	1952	1952
Úlcera varicosa	8.8	1	1914	1914
Úlcera y sífilis	1.39	1	1934	1934
Úlceras de la Pacisa (sic)	8.8	1	1909	1909
Un ataque de lombrices	5.9	1	1901	1901
Un tumor	1.50	1	1908	1908
Una afección cardíaca	3.3	1	1906	1906
Una caída	13.12	1	1924	1924
Una caída de un árbol	13.12	1	1908	1908
Una hemorragia interna por aneurisma de la aorta torácica	3.5	1	1905	1905
Una herida producida por arma de fuego	13.23	1	1906	1906
Una patada de mula (ruptura probable del bazo)	13.12	1	1942	1942
Uremia	6.3	15	1949	1961
Uremia crónica	6.3	1	1957	1957
Uremia por retención de orina	6.3	1	1953	1953
Vejez	14.3	6	1900	1952
Vermes intestinal	5.9	16	1905	1919
Verminosis (sic)	5.9	2	1920	1920
Viruela	1.6	4	1905	1948
Volcamiento automovilístico	13.12	1	1950	1950
Vólvulo intestinal	5.10	1	1961	1961
Vómitos (diarrea)	5.7	7	1953	1961
Vómitos frecuentes en anciano (no fiebre ni diarrea)	5.20	1	1958	1958
Vómitos irreversibles (gastroenteritis crónica)	5.7	1	1955	1955
Vómitos malignos	5.20	1	1899	1899
Vómitos y deshidratación	5.20	2	1951	1951
Vómitos y diarrea (ascaridiosis (sic))	5.9	2	1953	1954
Ydropecía (sic)	14.1	2	1899	1899
Yetus (sic) apoplético (hemorragia cerebral-hipertensión arterial)	2.6	1	1960	1960
Ynfección (sic) del estómago	14.3	1	1906	1906
Ystericia (sic)	5.13	1	1901	1901